



**José Manuel Ramos  
Cerdeira**

**Avaliação da satisfação dos profissionais do ACES  
Baixo Vouga II**



**José Manuel Ramos  
Cerdeira**

**Avaliação da satisfação dos profissionais do ACES  
Baixo Vouga II**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão, realizada sob a orientação científica da Doutora Silvina Maria Vagos Santana, Professora Associada com Agregação do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

## **o júri**

Presidente

**Doutora Raquel Matias da Fonseca**

Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial  
da Universidade de Aveiro

**Doutor Manuel Campos Silvestre**

Professor Adjunto do Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração  
de Aveiro

**Doutora Silvina Maria Vagos Santana**

Professora Associada com Agregação do Departamento de Economia, Gestão e  
Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

Gostaria de agradecer à professora Silvina Santana, orientadora, pela dedicação, apoio e voto de confiança.

À minha mulher e aos meus filhos pelo apoio que me deram, e pela pouca atenção que eu lhes dei enquanto realizava o trabalho

## **palavras-chave**

Profissionais de saúde, característica do trabalho, satisfação do trabalho, absentismo, turnover

## **resumo**

A satisfação profissional é, essencialmente, uma medida de qualidade de vida no trabalho e está relacionada com estados emocionais. Inúmeros estudos debatem e demonstram a sua relação com o desempenho profissional. Os profissionais dos cuidados de saúde primários estão na primeira linha do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo por isso necessário que sintam satisfação com o seu trabalho, para enfrentarem o desempenho das suas tarefas com ganhos para aqueles que atendem.

Vários factores parecem ter impacto na satisfação no trabalho destes profissionais, como a remuneração, as promoções, o reconhecimento por parte das chefia e dos pares, as condições físicas de trabalho e os recursos existentes, as oportunidades de desenvolvimento pessoal, de entre outros. A insatisfação pode conduzir ao absentismo e, no limite, ao abandono da organização.

O objectivo deste trabalho é estudar a satisfação no trabalho dos profissionais do ACES Baixo Vouga II, nomeadamente, a relação entre as características do trabalho e a satisfação no trabalho desses profissionais, bem como a relação existente entre estes factores e comportamentos de retirada, como o absentismo e o abandono definitivo do trabalho. O seu desenvolvimento implicou a aplicação de um questionário a todos os profissionais que trabalham nos quatro centros de saúde envolvidos.

Os resultados indicam que as características do trabalho são definidas por seis factores: liderança e supervisão, autonomia, remuneração, desenvolvimento pessoal, grupo e relações sociais dentro da organização e atmosfera de trabalho. Os resultados mostram que existem diferenças entre as classes profissionais e os géneros, no que respeita a vontade de mudança, satisfação e absentismo.

Atendendo ao trabalho específico destes profissionais, os responsáveis devem adoptar medidas que contribuam para melhorar a satisfação profissional, conduzindo a ganhos em saúde.

**keywords**

Professionals of health, characteristic of the work, satisfaction the work, absenteeism, to turnover

**abstract**

First and foremost, there are primary health professionals, who need to be satisfied with their work, in order to fulfil their tasks in a manner that those who attend those services get benefits.

Many factors influence the work satisfaction among these professionals, such as salary, promotions, recognition from their leaders and peers, physical working conditions and resources, opportunities of personal development, amongst others. Dissatisfaction may lead to absenteeism and even to the abandoning of the organization.

The aim of this study is to analyse the professionals' satisfaction at work from ACES Baixo Vouga II, namely the relation of work characteristics and work satisfaction, as well as the relation of these factors and withdrawal behaviours, such as absenteeism and definite work abandonment. In order to collect data, professionals, who work at the four health unities, took a questionnaire.

The results indicate that the work characteristics are defined by six factors: leadership and supervision, autonomy, salary, personal development, group and social relations and work atmosphere. The results also show that there are differences among different professional classes and gender, as far as will of change, satisfaction and absenteeism are concerned.

Bearing in mind the specificity of these professionals' work, leaders should adopt measures which contribute to improve professional satisfaction, thus leading to health benefits.

INTRODUÇÃO.....	1
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	4
1.1 Conceitos e definições .....	4
1.2 Teorias acerca da satisfação no trabalho .....	6
1.3 Dimensões da satisfação no trabalho .....	8
1.4 Características do trabalho enquanto antecedentes da satisfação .....	12
1.5 Consequentes da satisfação no trabalho .....	20
2 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS .....	24
2.1 Centros de saúde em Portugal.....	24
2.2 O profissional de Saúde nos cuidados de saúde primários .....	26
2.2.1 Médicos .....	27
2.2.2 Enfermeiros .....	28
2.2.3 Técnicos superiores .....	29
2.2.4 Assistentes técnicos .....	29
2.2.5 Assistentes operacionais .....	30
2.3 Caracterização do ACES Baixo Vouga II .....	30
3 METODOLOGIA .....	34
3.1 Objectivos geral e específicos .....	34
3.2 Amostra.....	34
3.3 Construção do instrumento de recolha de dados .....	35
3.4 Procedimentos.....	37
4 RESULTADOS .....	42
4.1 Caracterização dos profissionais que responderam ao inquérito .....	42
4.2 Análise da diferença intergrupos .....	50
4.3 Aplicação da análise factorial .....	53

4.4	Aplicação da análise de regressão linear .....	58
4.4.1	Aplicação da análise de regressão linear à satisfação no trabalho .....	58
4.4.2	Aplicação da análise de regressão linear à satisfação profissional.....	62
4.4.3	Aplicação da análise de regressão linear à mudança.....	66
4.4.4	Médias das dimensões e das variáveis associadas à satisfação, à mudança e ao absentismo.....	67
5	DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....	73
5.1	Discussão dos resultados .....	73
5.2	Propostas de melhoria para o ACES Baixo Vouga II.....	82
5.3	Limitações e sugestões para trabalho futuro.....	84
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	87
	ANEXO .....	93



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Teorias acerca da satisfação no trabalho	9
Quadro 2 – Motivações para adesão ao regime remuneratório experimental	16
Quadro 3 – Cinco instrumentos de avaliação da satisfação no trabalho	17
Quadro 4 - As cinco dimensões da versão reduzida do JDI	18
Quadro 5 - População residente no ACES BV II, em 31 de Dezembro de 2007	31
Quadro 6 - Mapa de pessoal ACES Baixo Vouga II	32
Quadro 7 – População servida pelo ACES Baixo Vouga II	33
Quadro 8 – Mapa de pessoal de ACES Baixo Vouga II sem o pessoal da UAG	35
Quadro 9 – Grupos e conteúdos do questionário aplicado	36
Quadro 10 – Interpretação da medida KMO	38
Quadro 11 – Número de questionários válidos, por grupo profissional	42
Quadro 12 – Colaboradores que responderam, separados por género em %	43
Quadro 13 – Situação laboral dos profissionais que responderam	44
Quadro 14 – Medidas de antiguidade	44
Quadro 15 – Caracterização das variáveis	45
Quadro 16 – Descritivas das variáveis mudança; satisfação trabalho, satisfação na profissão e trabalho como obrigação	50
Quadro 17 – Descritivas da mudança, satisfação trabalho e satisfação profissional, por género	51
Quadro 18 – Cruzamento entre a satisfação no trabalho e na profissão por género	51
Quadro 19 - Cruzamento entre a satisfação no trabalho e na profissão, por grupo profissional	52
Quadro 20 - Cruzamento entre faltas ao serviço e faltas por doença, por género	52
Quadro 21 - Cruzamento entre faltas ao serviço e faltas por doença, por grupo profissional	53
Quadro 22 – Solução realizada às variáveis.	56
Quadro 23 – Descrição dos Factores	57
Quadro 24 - Estatísticas descritivas das variáveis originais retidas.	58
Quadro 25 - Variável dependente: Satisfação Trabalho – Médico	60
Quadro 26 - Variável dependente: Satisfação Trabalho - Enfermeiros	60
Quadro 27 - Variável dependente: Satisfação Trabalho – Técnicos Superiores	61
Quadro 28 - Variável dependente: Satisfação Trabalho – Assistentes Técnicos	61
Quadro 29 - Variável dependente: Satisfação Trabalho – Assistentes Operacionais	62
Quadro 30 – Satisfação Profissão – Médicos	63
Quadro 31 - Satisfação Profissão - Enfermeiros	64
Quadro 32 – Satisfação Profissão – Técnicos Superiores	64
Quadro 33 – Satisfação Profissão – Assistentes Técnicos	65
Quadro 34 – Satisfação Profissão – Assistentes Operacionais	65
Quadro 35 - Variável dependente: Mudança – Médicos	66
Quadro 36 - Variável dependente: Mudança – Enfermeiros	67
Quadro 37 - Variável dependente: Mudança – Técnicos Superiores	67
Quadro 38 - Variável dependente: Mudança – Assistentes Técnicos	68
Quadro 39 - Variável dependente: Mudança – Assistentes Operacionais	68
Quadro 40 – Resumo das medidas mais relevantes por grupo profissional (Médias)	70
Quadro 41 – Tratamento estatístico das dimensões por grupo profissional	71
Quadro 42 – Resumo das medidas mais relevantes por género (médias)	72

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Baker para a satisfação no trabalho	19
Figura 2 – Área geográfica do ACES Baixo Vouga II (Fonte: ACES BV II)	31

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Absentismo por grupo profissional	44
Gráfico 2 - Médias das variáveis originais que compõem cada factor.	57
Gráfico 3 – Resumo das medidas mais relevantes por grupo profissional	70
Gráfico 4 – Resumo das medidas mais relevantes por género	72

# INTRODUÇÃO

No âmbito da última reestruturação dos cuidados primários em Portugal, foram criados os agrupamentos de centros de saúde (ACES). Os centros de saúde (CS) que integram estes agrupamentos são, por excelência, os locais de prestação de cuidados de saúde primários à população.

Os profissionais dos cuidados de saúde primários são trabalhadores que assumem papéis complexos no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A sua actividade profissional reporta-se a um conjunto de atributos e qualidades muito próprios e necessários para lidar com pessoas, algumas vezes, em situação difícil.

Os médicos e enfermeiros pertencem a grupos específicos destes profissionais, regulados por normas próprias, que os podem levar a ter perspectivas para a satisfação profissional diferentes das sentidas por outros grupos profissionais. Mas, os profissionais dos centros de saúde não são exclusivamente médicos e enfermeiros. Existem outros profissionais, que se podem agrupar em mais três categorias: Técnico superior; assistente técnico e assistente operacional. Muitos destes técnicos têm formação diversa.

Quando se lida com profissionais que interferem com a saúde e a qualidade de vida das pessoas, é importante garantir que estão criadas condições de trabalho, sociais e profissionais adequadas. Os recursos humanos no sector saúde e, mais concretamente, nos cuidados primários, constituem a base para a viabilização e a implementação dos projectos, das acções e dos serviços de saúde prestados à população. É crescente o consenso entre trabalhadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afectam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados à população e o grau de satisfação dos utentes.

A motivação e a satisfação dos colaboradores são influenciadas pelas condições de trabalho, pelas oportunidades de valorização pessoal e de progressão, pela remuneração e outras regalias, pela relação com os superiores e com os colegas e subordinados e até pelas condições e localização do espaço onde desempenham a actividade. A ausência de satisfação pode induzir a um aumento da ocorrência de doenças, à falta de motivação para o trabalho e a conflitos no local de trabalho, que muitas vezes conduzem a baixa produtividade, ao absentismo e ao equacionar de alternativas profissionais.

A preocupação acerca da motivação e satisfação dos profissionais dos cuidados de saúde primários já chegou aos responsáveis políticos, que sabem que dessas condições pode depender, e muito, a produtividade e o sucesso das organizações. Os trabalhadores da saúde, quando motivados, conseguem aumentar os níveis de produtividade dos serviços (Campos, 2006).

O objectivo principal deste trabalho é analisar a satisfação dos profissionais dos cuidados de saúde primários do ACES Baixo Vouga II, e a sua relação com o absentismo e o modo como encaram a continuidade da sua colaboração com a organização em que trabalham. Os objectivos específicos são:

- Investigar as razões que condicionam a satisfação dos trabalhadores dos centros de saúde, enquanto profissionais dos cuidados de saúde primários;
- Investigar a vontade de mudança e as perspectivas futuras;
- Perceber se e como a satisfação varia de classe profissional para classe profissional;
- Analisar a relação entre satisfação no trabalho e absentismo e abandono definitivo do trabalho.

A metodologia utilizada na sua persecução envolveu o levantamento do estado da arte sobre o tema, incluindo o que respeita a organizações dos cuidados primários em Portugal, a aplicação de um questionário elaborado para o efeito a todos os profissionais dos quatro centros de saúde que constituem o ACES Baixo Vouga II e a análise dos dados recolhidos com o Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0.

Considerando os objectivos definidos para este trabalho e a metodologia de investigação utilizada, estruturou-se esta dissertação em cinco capítulos.

O Capítulo 1 debruça-se sobre o enquadramento teórico: conceitos e definições; teorias acerca da satisfação do trabalho; conceptualização e modelos de satisfação no trabalho; antecedentes e consequentes da satisfação no trabalho e dimensões da satisfação profissional.

O Capítulo 2 apresenta o contexto e os actores investigados neste estudo: os cuidados de saúde primários; o ACES Baixo Vouga II; o profissional de saúde nos cuidados de saúde primários e os profissionais do ACES Baixo Vouga II.

No Capítulo 3 descreve-se a metodologia do trabalho.

No Capítulo 4 apresentam-se os resultados obtidos.

No Capítulo 5 discutem-se os resultados e as conclusões.

O trabalho encerra com as limitações do estudo e propostas para trabalho futuro.

# 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Passamos quase metade da nossa vida no local de trabalho. Se desenvolvermos a actividade profissional com satisfação e motivação, é com toda a certeza mais fácil a aceitação desta rotina na nossa vida diária e no convívio e troca de ideias e experiências com os colegas mais próximos.

Neste capítulo, analisa-se a temática da satisfação no trabalho, nomeadamente, definições, teorias, modelos e escalas relevantes para o trabalho a efectuar.

## 1.1 Conceitos e definições

Este trabalho debruça-se sobre o conceito de satisfação no trabalho, seus antecedentes e consequências. Como antecedentes, investigam-se não só as características intrínsecas do trabalho, mas aspectos como as interacções que suscita, a vários níveis e as oportunidades por ele permitidas. Como consequentes exploram-se o absentismo e o abandono (*turnover*). Existe evidência de que as características do trabalho (antecedentes) condicionam a satisfação, que por sua vez condiciona o absentismo e o abandono (consequentes) (Baker 2002).

A satisfação no trabalho começou a ser estudada nos inícios do Século XX, mas só nos finais desse século conseguiu a implantação e a importância que agora lhe é atribuída. Hoje, é uma ferramenta importante de gestão de recursos humanos.

Várias definições propostas para o conceito foram sendo actualizadas e aperfeiçoadas ao longo do tempo. Para Locke (citado por Marques 2007), a satisfação com o trabalho é um estado emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das existências proporcionadas pelo trabalho. Já para Brief (citado por Valle 2007), a satisfação com o trabalho é um estado emocional expresso através da avaliação afectiva e/ou cognitiva de uma experiência da trabalho. Lawler (citado por Marques 2007) diz que a satisfação com o trabalho é, essencialmente, uma medida de qualidade de vida no trabalho e está relacionada com estados emocionais.

Em Portugal, alguns autores também se debruçaram sobre este tema tão importante para o desenvolvimento das organizações. Para Graça (1999), que estuda o conceito no âmbito de organizações de saúde, a satisfação no trabalho pode ser definida como o resultado da

avaliação periódica que cada um de nós faz, em jeito de balanço, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais. Numa definição simples, diríamos que é a pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe (por ex., dinheiro, segurança no emprego, condições de trabalho, amizade, prestígio, autonomia no trabalho, oportunidade de trabalhar em equipa, tarefas interessantes e estimulantes, reconhecimento profissional, desenvolvimento de uma carreira) é justo ou está de acordo com aquilo que esperava obter.

A satisfação profissional é também vista como uma atitude individual positiva em relação à profissão e às condições em que esta é desempenhada, podendo condicionar alguns comportamentos (Martins et al., 2003).

Dois dos consequentes da satisfação no trabalho mais debatidos têm sido o absentismo e o abandono ou turnover. O *turnover* e o absentismo têm sido analisados, essencialmente, como respostas dos indivíduos à insatisfação no trabalho.

Muitos concordam que o absentismo abrange todas as causas de ausência: doença, acidentes, licença de maternidade, atenção a problemas familiares ou formalidades jurídicas, excepto greve, cursos dentro da empresa, repouso semanal, férias e feriados (Tavares, 2008).

O estudo do absentismo, enquanto comportamento de ausência individual ao trabalho, levanta problemas de natureza teórico-metodológica que habitualmente são ignorados ou escamoteados por quase toda a gente que fala do problema, a começar pelos gestores, pelos especialistas e técnicos de gestão de recursos humanos, pelos profissionais da área da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, pelos dirigentes sindicais e demais representantes dos parceiros sociais, pelos políticos e pelos jornalistas (Graça, 2002).

O *turnover* ou abandono pode ser entendido como a rotatividade de funcionários dentro de uma empresa. A rotatividade de pessoal está relacionada com a saída de funcionários de uma organização. As razões para o abandono podem ser diversas. Os indivíduos podem solicitar a sua demissão por descontentamento com a política da empresa, falta de motivação ou busca de uma melhor colocação profissional (Oliveira, 2006).

## **1.2 Teorias acerca da satisfação no trabalho**

Há muito que o conceito de satisfação no trabalho é estudado em ciências das organizações (Stanton et al., 2001), aparentemente, devido a razões humanitárias, económicas e conceptuais (Balzer et al., citado por Santon et al., (2001). A primeira resulta de um imperativo ético de proporcionar boas condições de trabalho aos colaboradores. A segunda deve-se à necessidade de perceber a relação entre a satisfação no trabalho e o desempenho organizacional. A terceira assenta numa perspectiva teórica, em que modelos que tentam explicar a motivação para o trabalho tratam a satisfação com o trabalho como uma atitude que pode ter um papel muito importante na predição de comportamentos. No seu conjunto, estas orientações terão motivado uma série de pesquisas académicas e aplicadas acerca da satisfação com o trabalho (Stanton et al., 2001).

De acordo com Chen (citado por Esperidião, 2006), durante muito tempo, os trabalhos de investigação sobre a avaliação da satisfação constituíram-se como modelos de avaliação do tipo "caixa preta", nos quais os resultados são produzidos sem explicação teórica ou metodológica consistente. No entanto, várias teorias e correntes de investigação podem agora ser observadas na literatura.

Baker (2002) identifica quatro grandes abordagens ao estudo desta temática: abordagem pelas características da tarefa, abordagem pelo processamento da informação social, abordagem pela disposição e abordagem combinada ou integrada.

As abordagens pelas características da tarefa sugerem que as características da tarefa estão relacionadas com as atitudes dos trabalhadores, relativamente a cinco dimensões fundamentais: percepção da autonomia, feedback do trabalho, variedade do trabalho, identidade da tarefa e importância da tarefa. Estudos recentes continuam a suportar as características da tarefa como tendo impacto directo na satisfação do trabalho em amostras diversas.

As abordagens focadas no processamento da informação social surgem como alternativa às abordagens focadas nas características da tarefa. Assentam na premissa de que as atitudes para com o trabalho são determinadas pelas sugestões sociais processadas a partir do ambiente de trabalho. A associação entre características do trabalho e atitudes para com o trabalho resultam do facto de ambas serem consequências da estrutura normativa e



informativa. Esta perspectiva de usar a liderança como fonte normativa ou de informação tem vindo a ser reforçada recentemente. Estudos sugerem que os estilos ou os comportamentos de liderança interferem com a satisfação do trabalho (Baker, 2002).

A abordagem pela disposição pressupõe que o indivíduo possui estados mentais inobserváveis relativamente estáveis, tais como necessidades ou atitudes, que terão impacto nas suas percepções e comportamento. As atitudes para com o trabalho são formuladas a partir de estados internos. As características estáveis influenciam significativamente as reacções afectivas e comportamentais para com as organizações. Estudos recentes continuam a apoiar estas disposições e o seu impacto sobre a satisfação no trabalho, incluindo a motivação intrínseca, a afectividade positiva/negativa, a auto-estima e a necessidade de realização.

A abordagem combinada ou integrada combina características da abordagem focada nas características da tarefa com a abordagem do processamento de informação social. Esta perspectiva propõe que o enriquecimento do trabalho e sugestões sociais se combinam para influenciar as percepções e as atitudes. Estes modelos combinados limitam o impacto das variáveis da abordagem pela disposição.

Campbell et al. (1982) identifica cinco perspectivas que tentam lidar com esta temática: teoria da realização, teoria da discrepância, teoria da equidade, teoria dos dois factores e uma abordagem que tenta integrar as teorias da equidade e da discrepância.

A teoria da realização baseia-se no pressuposto de que a satisfação no trabalho é função do grau em que um trabalho fornece ao trabalhador resultados que têm valor para ele. A satisfação é o produto da percepção realizada pelos trabalhadores da sua eficácia. Assim, os trabalhadores ficarão satisfeitos se perceberem que o seu trabalho leva a resultados positivos.

A teoria da discrepância sugere que a satisfação é determinada pela diferença entre os resultados do trabalho e o nível de um outro resultado qualquer. Esse outro resultado pode ser o desejado, o esperado, ou o percebido pelos trabalhadores como reflexo do seu desempenho.

A teoria da equidade sugere uma relação de equidade entre o que se investe no trabalho e aquilo que se recebe.

A teoria dos dois factores teve origem no trabalho de Herzberg (1989) e seus colaboradores e estabelece que satisfação e insatisfação no trabalho não são extremos de um continuum, com um estado neutro algures no meio. Em vez disso, considera que são independentes, existindo uma progressão de satisfação para neutro e outra de insatisfação para neutro.

Lawler (citado por Alcobia 2002) tentou integrar as abordagens pela equidade e pela discrepância. O seu pensamento baseia-se na diferença entre o quanto se quer receber e o quanto se pensa que se deveria receber.

Muitas teorias existem, propostas por diversos autores e enquadradas, ou não, pelas grandes correntes anteriormente apresentadas. O Quadro 1 (adaptado de Silva, 1998) fornece uma descrição das mais reconhecidas, identificando os respectivos autores e conceitos associados.

### **1.3 Dimensões da satisfação no trabalho**

Locke (citado por Alcobia 2002) identifica nove dimensões no que toca à satisfação profissional: a satisfação com o trabalho, a satisfação com o salário, a satisfação com as promoções, a satisfação com o reconhecimento, a satisfação com os benefícios, a satisfação com a chefia, a satisfação com os colegas de trabalho, a satisfação com as condições do trabalho e a satisfação com a organização e com a direcção.

A satisfação com o trabalho integra o interesse intrínseco do trabalho, a variedade do trabalho, as oportunidades de aprendizagens, a dificuldade, a quantidade de trabalho, as possibilidades de êxito ou de controlo sobre os métodos. A satisfação com o salário considera a componente quantitativa da remuneração e a forma como é distribuída pelos empregados (equidade). A satisfação com as promoções integra as oportunidades de formação e outros aspectos de base que dão suporte à promoção. A satisfação com o reconhecimento contempla elogios ou críticas ao trabalho realizado. A satisfação com os benefícios abarca aspectos tais como pensões, seguros de doença e férias. A satisfação com a chefia inclui o estilo de liderança ou as capacidades técnicas e administrativas da chefia e, ainda, qualidades ao nível do relacionamento interpessoal. A satisfação com os colegas de trabalho envolve as competências destes, o apoio que prestam, a amizade que manifestam. O trabalho de grupo, o cumprimento de horários e de objectivos previamente

definidos, podem ser compensadores no desempenho de qualquer profissão. Se a isto associarmos o desempenho de tarefas complexas e aliciantes, podem estar reunidas condições para uma elevada satisfação. A satisfação com as condições do trabalho respeita, por exemplo, ao horário, aos períodos de descanso, ao local de trabalho e aos aspectos ergonómicos. Na satisfação com a organização e direcção destacam-se as políticas de benefícios e salários.

Quadro 1 - Teorias acerca da satisfação no trabalho

Teoria	Mecanismo associado	Conceitos
Skinner (1937)	O comportamento é modelado pelas recompensas (ou pela sua ausência) que daí decorrem; pode assim ser reforçado positiva ou negativamente.	Condicionamento operante
Koontz, O'Donel (1955)	Motivar uma pessoa para trabalhar é convencê-la a dar um rendimento necessário à sobrevivência da empresa e ao bem-estar do indivíduo	Persuasão Influência Rendimento
Maslow (1943) McClelland (1961)	O trabalho é uma maneira de satisfazer uma necessidade interna, ou necessidades internas (fisiológicas, segurança, dependência, estima, expansão, em Maslow; êxito, aplicação e poder, em McClelland)	Desejo de satisfazer necessidades internas
Herzberg (1966)	O trabalho em si pode ser motivante se produzir satisfação ao indivíduo (ou se lhe permitir satisfazer necessidades de crescimento). No entanto, as condições de trabalho podem levar a uma perda da motivação.	Factores de motivação Factores de higiene
Atkinson (1964) Rogers (1965)	Trabalhar é para o indivíduo uma maneira de se realizar, de se actualizar, de satisfazer as suas necessidades como as experimenta num preciso momento no meio.	Crescimento pessoal Imagem subjectiva Auto-imagem
Vroorn (1964,1967) Edwards (1964) Porter, Lawler (1965)	O impulso para trabalhar depende das expectativas do indivíduo, isto é, a força do impulso no trabalho depende: 1)do valor subjectivo de um objecto desejado; 2)da probabilidade subjectiva de alcançar este objectivo, das hipóteses que o indivíduo se atribui de ter os comportamentos que permitem alcançar o objectivo; 3)da percepção de um elo entre o comportamento e um objectivo	Probabilidade subjectiva de sucesso
Kurt Lewin (1967)	O indivíduo será motivado para o trabalho: 1) se sentir uma necessidade interna; 2) se o trabalho é para ele um objectivo importante; 3) se o objectivo desencadeia (com mais ou menos esforço) actos específicos; 4) se o resultado o informa (feedback) da relação entre a acção e o objectivo	Intenção Nível de aspiração Feedback
Adams (1963,1965)	O entusiasmo pelo trabalho explica-se pelo desejo no indivíduo de manter um equilíbrio entre o que ele dá ao trabalho e o que dele retira, em relação ao que os outros dão ao trabalho e dele tiram.	Equidade ou justiça distributiva Comparação social entre si e os outros
Psicanalítica	O trabalho é, para o indivíduo, um investimento energético que lhe permite satisfazer um ou mais instintos, isto é, uma força interna que tem uma origem, um destino (intenções), uma intensidade e que se traduz por um comportamento, uma actividade	Trabalhar permite ao indivíduo satisfazer uma tensão interna

Fonte: Silva (1998)

A nossa predisposição para o trabalho pode ser um condicionante da satisfação e induzir ao absentismo. Se não sentimos motivação para trabalhar, com toda a certeza a vontade de nos deslocarmos para o local de trabalho já é factor perturbador, podendo originar absentismo e desmotivação, que alteram o rendimento profissional.

Por outro lado, mesmo que a nossa profissão tenha sido a primeira escolha, em algum momento da actividade profissional já nos questionámos sobre se a decisão foi a mais acertada.

Parece ser unanimemente aceite pelos diversos autores consultados que as condições existentes no local de trabalho são fonte condicionadora da satisfação profissional.

O local onde desenvolvemos a actividade profissional, as condições físicas, o horário praticado, os recursos humanos e os produtos com que lidamos podem ser objecto de maior ou menor aceitação.

Para os trabalhadores da saúde, os salários, juntamente com as condições de trabalho, supervisão e gestão, educação e oportunidades de formação são importantes, enfatizando que os incentivos não financeiros podem ser tão importantes como os financeiros (Hendersen e Tulloch, 2008).

O reconhecimento também é avaliado por compensações financeiras, promoções ou compensações em férias ou outros prémios que se considerem incentivos (Graça, 1999).

Nos higienistas orais, pode-se identificar um grau de satisfação médio a alto para os factores de prestação de cuidados aos doentes, supervisão adequada, diversidade de actividades, reconhecimento da profissão por outras pessoas e pelo próprio, realização de um trabalho de boa qualidade, autoridade, responsabilidade e tempo para discutir o trabalho com os pares (Santos, 2008).

Ao investigar a satisfação dos profissionais de saúde com o seu trabalho, as condições do local de trabalho têm que ser factor de primordial importância, pois estão continuamente em risco as suas condições físicas e as dos utentes. Segundo Martins et al (2003), para os médicos de família, os factores que pesam negativamente estão, em grande parte, relacionados com as condições proporcionadas para o exercício da actividade profissional, como a pressão e exigência no trabalho (a mais negativa), as condições físicas dos locais de trabalho, a repercussão na vida extra-laboral.

Os estudos sobre bem-estar profissional no sector da saúde são limitados. Os de satisfação profissional abordam, principalmente, o bem-estar de médicos de família, mostrando uma elevada prevalência de insatisfação profissional, que tem maioritariamente a ver com as condições do exercício da profissão (Martins et al, 2003).

Por vezes, o desempenho e o reconhecimento são avaliados pelo prestígio que o trabalho proporciona, ou pelo contributo proporcionado para a definição das políticas e objectivos da organização. Para Graça (1999), decorre em grande medida das oportunidades e desafios colocados pela organização onde se trabalha, da profissão que se tem, do conteúdo do trabalho. Nesta área, é também avaliado o prestígio e o facto de se pertencer à organização.

A preocupação dos governantes com a satisfação está reflectida na Lei de Bases da Saúde. A avaliação da satisfação dos profissionais é, cada vez mais, um imperativo para qualquer organização de saúde, sendo um elemento fundamental para avaliar a qualidade das instituições, o desempenho dos seus profissionais e, consecutivamente, a satisfação dos utentes (Lei n.º 48/90).

A avaliação da satisfação de um grupo profissional tão heterogéneo, como é o dos profissionais que trabalham num centro de saúde, torna difícil a adopção de um modelo único capaz de ser aplicado uniformemente a todos, até porque as motivações, objectivos e actuações são diferentes.

Resultados de pesquisas recentes apontam para o facto de o nível de envolvimento pessoal na organização de saúde influenciar os níveis de *stress* dos trabalhadores dos cuidados de saúde primários (Firth-Cozens, citado por Savic e Pagon, 2008).

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários 2009 (<http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?id=1012>), em parceria com a Universidade de Coimbra, fez a avaliação da satisfação dos profissionais (médicos, enfermeiros e administrativos), recolhendo informação através de inquéritos na Internet. Colocaram as novas tecnologias ao serviço da avaliação da satisfação.

#### **1.4 Características do trabalho enquanto antecedentes da satisfação**

A literatura sobre satisfação no trabalho explora a ligação directa entre as características do trabalho e a satisfação no trabalho (Wright e Davis, 2003).

A satisfação profissional pode ser vista como a forma como encaramos o desempenho da nossa actividade profissional e pode ser causada por diferentes formas de encarar a vida diária no local de trabalho, pelas perspectivas futuras que vemos na carreira e na organização e até pelas condições físicas do local de trabalho.

Campbell et al. (1982) identifica quatro formas, relativamente independentes, de satisfação no trabalho: satisfação com o desenvolvimento pessoal no trabalho, satisfação com as condições físicas do local de trabalho, satisfação com recompensas do trabalho e satisfação com as interacções humanas. A satisfação com desenvolvimento pessoal no trabalho incluiu o uso de habilidades, a aquisição de novos conhecimentos e a satisfação geral. O trabalho em pequenas empresas foi associado a maior satisfação, tal como o trabalho no campo. A satisfação com as condições físicas do local de trabalho incluiu ambiente agradável e ausência de condições perigosas ou insalubres. A satisfação com recompensas do trabalho inclui salário, segurança no trabalho e possibilidade de promoção. A satisfação com as interacções humanas inclui as relações com os colegas e os supervisores. A satisfação com a interacção humana no trabalho tem sido associada com a auto-estima do indivíduo.

Hackman e Oldham, citados por Pedroso (2010), também discutem cinco grandes factores para a satisfação do trabalho: variedade da tarefa, identidade com a tarefa, significância da tarefa, autonomia e *feedback*. A variedade da tarefa respeita a quanto o trabalho diversifica a execução das actividades, permitindo a utilização dos diferentes talentos do profissional. A identidade com a tarefa remete para o que é exigido aos trabalhadores, que realizem actividades completas, que tenham um início e um fim de acordo com o programado. A significância da tarefa respeita ao impacto do resultado do trabalho na vida de outras pessoas, na própria organização ou no exterior. A autonomia diz respeito à liberdade, independência e privacidade, de forma que o trabalhador possa programar o trabalho e determinar os procedimentos para a sua realização. O *feedback* é o grau de resposta e informação precisa e clara que o trabalhador obtém da execução do seu trabalho.

Entre a organização e o trabalhador tem que haver um interesse comum, para evitar uma dissonância entre as concepções do profissional e da empresa. Essa eventual dissonância pode ser acentuada, quando se tem um profissional infeliz e uma empresa insatisfeita (Araújo et al, 2008). Se é preocupante termos profissionais insatisfeitos nas organizações, a preocupação será mais acentuada quando esses profissionais lidam com a saúde das pessoas. Estas preocupações reflectem-se em vários trabalhos na área da satisfação profissional.

Feuerwerker (2003) concluiu que, no campo da saúde, é indispensável que a produção de conhecimento, formação profissional e prestação de serviços sejam tomados como elementos indissociáveis de uma nova prática, que possa conduzir a mudanças, e (McMurray et al., 1997) concluiu que a melhor compreensão da satisfação do médico pode melhorar o desempenho na prática clínica. Estes autores chegaram a resultados muito semelhantes, em que a satisfação do profissional pode conduzir a mudanças benéficas.

Alguns trabalhos realizados em Portugal mostram que a nossa realidade não é diferente. Miranda (2000) refere que a avaliação da satisfação deve ser credível e ter presentes os resultados a que conduz. No caso dos médicos de família, deve ser interpretada como contraponto de resultados credíveis da avaliação da satisfação dos seus utentes, para evitar que profissionais de baixas expectativas possam gerar hábitos inadequados. Se assim não for, é perfeitamente possível que profissionais de baixa qualidade e com expectativas de baixo nível trabalhem insatisfeitíssimos, gerando elevada satisfação em clientes com exigências e hábitos de consumo inadequados.

Os profissionais da saúde têm um campo de formação e de actuação muito alargado e especificidades muito próprias, capazes de conduzir a percepções diferentes da satisfação.

Atendendo à especificidade das tarefas dos trabalhadores da saúde, os estudos da satisfação profissional dos médicos de família devem ser feitos utilizando instrumentos de medição desenhados pelos (com os) seus clientes e em paralelo com estudos de utilização dos recursos disponibilizados pela administração aos mesmos médicos, medida indirecta das suas expectativas profissionais (Miranda, 2000).

Para os administrativos é importante a supervisão adequada do trabalho, baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência, bem como o apoio das chefias,

sobretudo nos momentos difíceis. Para os enfermeiros é importante a percepção da garantia de qualidade dos cuidados e serviços que são prestados aos utentes do Centro de Saúde e a cooperação e a colaboração por parte dos colegas de profissão. Já para os médicos, sendo importante a cooperação e a colaboração por parte dos colegas de profissão, também valorizam o apoio das chefias, sobretudo nos momentos difíceis (Hespanhol, 2008).

Para os enfermeiros, a falta de autonomia reflecte-se em falta de satisfação, o que só poderá mudar se puderem desempenhar a profissão usando conhecimentos e julgamentos independentes para benefício dos doentes. Os enfermeiros que se sentem motivados e satisfeitos consideram que poderiam melhorar muito o seu desempenho profissional se tivessem mais oportunidades de actualização e aperfeiçoamento. O desempenho de tarefas enriquecedoras, que conduzam ao reconhecimento social, combinam-se para influenciar percepções e atitudes, que podem alterar a motivação profissional (Del Cura et al., 1999).

Os médicos são aqueles que se mostram mais satisfeitos, mas esta situação depende também do facto de possuírem responsabilidades de gestão, isto é, aqueles que as possuem apresentam-se mais satisfeitos. Já quanto ao tipo de vínculo, tempo de serviço, grupo etário, habilitações literárias, situação familiar, responsabilidade de supervisão e género, não se verificam diferenças de satisfação entre os grupos profissionais (Tavares, 2008).

Os médicos mais realizados profissionalmente são os que apresentam resultados mais elevados nos afectos positivos, exibindo níveis mais elevados de bem-estar e humor. Em contrapartida, os médicos que apresentam mais exaustão emocional sentem mais afectos negativos, caracterizados por estados de humor diminuído (Oliveira e Queirós, 2009).

A valorização da satisfação profissional, para obtenção de ganhos para as organizações, conduziu à necessidade de desenvolver modelos, que pudessem objectivar a avaliação. No entanto, esta tarefa não é fácil, dada a variedade de grupos profissionais em estudo e os factores envolvidos.

Pensou-se que a remuneração poderia ser a mais valia que podia levar a melhores resultados. Não foi essa conclusão a que se chegaram alguns trabalhos em Portugal. Pelo que podemos observar do Quadro 2, para Hipólito et al (2002), é o estatuto social e o



prestígio profissional que mais motivam pela positiva e pela negativa os médicos para aderirem, ou não, ao novo Regime Remuneratório Experimental (RRE).

Embora os incentivos financeiros sejam importantes, não são suficientes para motivar os trabalhadores da saúde. Avaliação de desempenho, progressão na carreira e promoção transparente são mais valorizados (Tavares, 2008). A conclusão semelhante chegou Manongi et al. (2006), numa realidade bem diferente da nossa.

Parece pois evidente que a remuneração tem algum peso na motivação, mas não pode ser vista isoladamente. As remunerações dos profissionais da saúde relacionadas com o desempenho são possíveis e desejáveis, numa administração mais flexível e eficiente e na presença de um financiador público inteligente (Sakellarides, 2000).

Existem outros factores que têm que ser pesados quando se equaciona uma avaliação da satisfação profissional. As acções de gestão mais vezes enunciadas como surpreendendo pela positiva os profissionais da saúde são o grande investimento em sistemas de informação e recursos informáticos e a reorganização ao nível de alguns serviços (Tavares, 2008).

Quando nos enfermeiros são avaliados os parâmetros sobre a realidade laboral, englobando aspectos relacionados como as características do trabalho, do indivíduo e da organização social, destacam-se como factores determinantes para a satisfação, por ordem decrescente de importância, a comunicação organizacional, o horário de trabalho, as condições físicas no trabalho, a autonomia e a remuneração (Andrade, 2001). A conclusão semelhante chegou (Del Cura et al, 1999), para a realidade Brasileira.

Actualmente, os serviços estão a sofrer constantes alterações, caminhando-se no sentido da organização dos cuidados de saúde primários em unidades de saúde familiar que melhorem a produtividade e a satisfação. Para os profissionais da saúde, a compensação nas Unidades de Saúde Familiar é a organização interna. O trabalho em equipa é considerado dos melhores incentivos, assim como o aumento da autonomia, da responsabilidade e do melhor ambiente de trabalho (ambiente de suporte e de solidariedade), o que poderá aumentar a satisfação profissional (Santos et al., 2007).

Para os profissionais da saúde, o desenvolvimento de novas competências, novas formas de produção e gestão do conhecimento que permitam alcançar os objectivos com maior facilidade tornam-se factores diferenciadores e evolutivos. O desenvolvimento de um

sistema de avaliação de desempenho permite aproveitar e melhorar o potencial humano de uma organização, com avaliação orientada à categoria profissional, âmbito das funções e interdependências e/ou inter-relacionamentos, com ponderações diferentes para cada um dos grupos profissionais (<http://www.hppsaúde.pt/>).

Quadro 2 – Motivações para adesão ao regime remuneratório experimental

<b>MOTIVAÇÕES PARA ADESÃO OU NÃO ADESÃO AO REGIME REUMUNERATÓRIO EXPERIMENTAL</b>			
<b>MOTIVAÇÕES PARA TEREM ADERIDO AO RRE:</b>		<b>MOTIVAÇÕES PARA NÃO ADERIREM AO RRE:</b>	
<b>O RRE AFECTA PELA POSITIVA A(S)/O</b>		<b>O RRE AFECTA PELA NEGATIVA A(S)/O</b>	
<i><b>Motivação</b></i>	<i><b>Média do score</b></i>	<i><b>Motivação</b></i>	<i><b>Média do score</b></i>
Realização profissional	3,81	Relações no trabalho	7,84
Autonomia profissional	4,42	Autonomia profissional	7,87
Condições de trabalho	4,58	Desempenho institucional	8,03
Desempenho institucional	4,69	Remuneração	8,13
Remuneração	5,33	Condições de trabalho	8,48
Relações no trabalho	5,39	Realização profissional	8,55
Acesso do utente ao profissional	5,53	Acesso do utente ao profissional	8,74
Prestígio profissional	8,92	Estatuto social	9,58
Estatuto social	9,08	Prestígio profissional	9,65

O score das motivações varia entre 1 (mais importante) e 10 (menos importante).

Apenas uma avaliação da satisfação objectiva pode levar a indicadores capazes de mudar o próprio sistema, levando a mudar comportamentos no sentido da melhoria contínua.

Saane et al. (2003) reporta o resultado de uma revisão sistemática da literatura, cujo objectivo era seleccionar instrumentos de medição da satisfação no trabalho com fiabilidade e validade adequadas, para utilização em hospitais. Foram utilizados artigos publicados entre 1988 e 2001, escritos em inglês ou holandês.

Saane et al (2003) utiliza três critérios para validar os instrumentos de medida. Para a validade convergente utilizou como critério o grau de similaridade entre o score do instrumento de medida e o de outro instrumento que é suposto medir o mesmo conceito. A validade discriminante foi definida como a medida em que a pontuação de um instrumento de satisfação no trabalho é diferente de um instrumento que mede um conceito relacionado mas diferente, enquanto a validade do conteúdo foi avaliada através

da análise do ajuste entre factores de trabalho relevantes, recuperados a partir da pesquisa bibliográfica.

O autor resumiu a trinta e cinco os estudos relevantes, para chegar a seis instrumentos de satisfação com o trabalho, que cumprem critérios de qualidade: o JIG (Job in General Scale), o questionário de satisfação no trabalho de Andrew and Withey, que é um questionário unidimensional para medidas de satisfação global no trabalho e os cinco instrumentos reunidos no Quadro 3 (Saane et al., 2003). O JSS (Job Satisfaction Scale) é um instrumento multidimensional (tipo escala de Likert), que foi originalmente desenvolvido para o sector social, podendo ser usado noutros sectores. O EPJS (Emergency Physicians Job Satisfaction Survey) é um questionário multidimensional, que foi concebido para médicos que trabalham em situação de emergência. O MMSS (McCloskey Muller Satisfaction Scale) é um questionário multidimensional concebido para enfermeiros (tipo escala de Likert). O MJSE (Measure of Job Satisfaction) é um instrumento multidimensional desenhado para ser usado no sector da enfermagem comunitária. O NSS (Nurse Satisfaction Scale) foi desenvolvido para medir a satisfação no emprego dos enfermeiros.

Quadro 3 – Cinco instrumentos de avaliação da satisfação no trabalho

**Table 4.** Criteria for the evaluation of the content validity: work factors included in (parts of) the sub-scales of job satisfaction instruments

Work factors	Instruments				
	JSS (social services employees)	EPJS (physicians emergency department)	MMSS (nurses)	MJS (community nurses)	NSS (nurses)
Autonomy	–	+	+	+ <sup>a</sup>	+ <sup>a</sup>
Work content	+	+	–	+	+ <sup>a</sup>
Communication	+	–	+	+	+
Financial rewards	+	+	+	+	–
Growth/development	–	–	–	+	+
Promotion	+	–	+	+	+
Co-workers	+	+	+	+	+
Meaningfulness	+	–	–	+	–
Supervision/feedback/recognition	+	+ <sup>a</sup>	+	+	+
Workload	+ <sup>a</sup>	+ <sup>a</sup>	+	+	–
Work demands	+	+	+	+ <sup>a</sup>	+
Total score	**	*	**	***	**

JSS, Job Satisfaction Scale; EPJS, Emergency Physician Job Satisfaction Survey; MMSS, McCloskey/Mueller Satisfaction Scale; MJS, Measure of Job Satisfaction; NSS, Nurse Satisfaction Scale. Total score: +, work factor included in item or sub-scale; –, work factor not included; \*\*\*good, less than one missing work factor; \*\*moderate, two or three missing work factors; \*unsatisfactory, more than three missing work factors.

<sup>a</sup>Two or fewer items of the instrument refer to the work factor.

O JDI (Job Descriptive Index), que contem o JIG, é uma escala usada para medir os cinco principais factores associados com a satisfação no trabalho: a natureza do próprio

trabalho, remunerações e benefícios, atitudes para com os supervisores, relações com colegas de trabalho e oportunidades de promoção.

O JDI foi introduzido pela primeira vez por Smith et al (citado por Stanton et al., 2001) e desde então tem sido utilizado por mais de 1.000 organizações em muitos sectores, pelo facto de ser fácil de usar. É a medida de satisfação no trabalho mais popular e usada, está traduzido em diversas línguas e foi utilizado em, pelo menos, dezassete países (Buckley et al, citado por Stanton et al., 2001).

Stanton et al. (2001) apresenta uma versão reduzida do JDI, que preserva as suas qualidades e características, e o torna mais fácil de utilizar.

O Quadro 4 mostra a versão reduzida (Abridged) do JDI, que mantém as cinco dimensões

Quadro 4 - As cinco dimensões da versão reduzida do JDI

JDI Facet Scale	Item Content	Corrected Item-Total Correlations	
		Study 1	Study 2
Work	1. Gives sense of accomplishment	.70	.63
Work	2. Dull	.69	.71
Work	3. Satisfying	.65	.69
Work	4. Uninteresting	.69	.61
Work	5. Challenging	.64	.58
Pay	1. Fair	.49	.66
Pay	2. Underpaid	.67	.68
Pay	3. Income adequate for normal expenses	.53	.42
Pay	4. Well paid	.63	.48
Pay	5. Insecure	.33	.34
Promotion	1. Good chance for promotion	.72	.72
Promotion	2. Dead-end job	.59	.61
Promotion	3. Promotion on ability	.63	.64
Promotion	4. Good opportunities for promotion	.68	.71
Promotion	5. Unfair promotion policy	.40	.37
Supervision	1. Praises good work	.57	.55
Supervision	2. Annoying	.58	.64
Supervision	3. Tactful	.59	.65
Supervision	4. Bad	.61	.74
Supervision	5. Up to date	.52	.55
Coworkers	1. Helpful	.62	.59
Coworkers	2. Boring	.55	.46
Coworkers	3. Intelligent	.65	.51
Coworkers	4. Lazy	.58	.49
Coworkers	5. Responsible	.65	.62

*Note.* JDI Items Copyright 1997, Bowling Green State University. Please contact first author for permission to use these scales.

da satisfação no trabalho: trabalho, pagamento, promoção, supervisão e relações com os colegas.

Stanton et al. (2001) mostra que a versão “Abridged” do JDI preserva simultaneamente muitas características desejáveis da versão inicial, mais extensa (*full-length*), da escala, com muitas vantagens, ao reduzir o número de itens, o tempo de administração e o tempo requerido para análise dos resultados.



Figura 1 - Modelo de Baker para a satisfação no trabalho

Baker (2002) apresenta um modelo Figura 1, onde resume as nove grandes áreas que, de acordo com o autor, influenciam a satisfação profissional: motivação, necessidade de

realização profissional, estrutura profissional inicial, consideração do líder, autonomia, feedback, variedade do trabalho, identidade da tarefa e desempenho de tarefas significativas. A falta de satisfação profissional induz o absentismo e este à vontade de mudança.

Autores Portugueses com trabalhos efectuados no sector da saúde também identificam factores considerados importantes na avaliação da satisfação profissional.

Freitas (2006) identifica cinco factores estratégicos considerados importantes pelos profissionais para a satisfação: boas condições de trabalho, bom relacionamento com os colegas, ambiente de confiança e respeito, reconhecimento do trabalho realizado e bom relacionamento com os superiores. Estes aspectos da motivação são desenhados na investigação, através do valor inerente do orgulho e reconhecimento.

Graça (1999) constrói uma escala de satisfação profissional baseada em oito dimensões (ou factores): Autonomia & poder; condições de trabalho & saúde; realização pessoal e profissional & desempenho organizacional; relação profissional/utente; relações de trabalho & suporte social; remuneração; segurança no emprego; status & prestígio.

A existência de todos estes trabalhos vem de encontro à ideia de Clark e Watson (citados por Stanton et al., 2001), de que o trabalho de desenvolvimento de uma escala de avaliação da satisfação no trabalho nunca está completo. A dinâmica do tempo, a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de novas tecnologias mudam a maneira de encarar a satisfação.

### **1.5 Consequentes da satisfação no trabalho**

Só se justifica fazer a avaliação da satisfação profissional, se pretendermos obter consequências dessa mesma satisfação.

No nosso trabalho, vamos orientar as consequências para a vontade de mudança e o absentismo, visto tratar-se de serviços onde não é fácil medir a produtividade e as expectativas.

A existência de serviços onde a apresentação e discussão de propostas de melhoria contínua e a introdução de conceitos inovadores estão excluídos, pode tornar-se um local aborrecido onde apenas se produz por obrigação. Existe a tendência para não expressar as nossas ideias, mesmo sabendo que elas podem ajudar a aumentar a satisfação

profissional. Portugal é o estado-membro da UE onde é menos provável um trabalhador ter uma discussão franca com o seu chefe acerca do seu desempenho profissional (23%, contra 41% na UE e 67% na Finlândia). E, contrariamente ao mito dos brandos costumes, temos o dobro dos trabalhadores (8%, contra 4% na UE e 0% na Irlanda) que se queixam de estar sujeitos a violência física no local de trabalho (Graça, 1999).

Baixa produtividade e fraca qualidade do trabalho são respostas possíveis à insatisfação profissional, mas que certamente não ocorrem em todos os empregados insatisfeitos (Martinez e Paraguay, 2003). A insatisfação também pode ter efeitos sobre a produtividade por meio de absentismo, rotatividade e greves (Locke, citado por Martinez e Paraguay, 2003).

O profissional pode procurar formas de evitar a situação que provoca insatisfação. Uma dessas formas é manter-se afastado do trabalho por meio de faltas, rotatividade, atrasos ou pausas prolongadas e/ou não autorizadas (Martinez e Paraguay, 2003). A ausência psicológica ocorre quando o trabalhador se torna passivo e desinteressado do seu trabalho (Henne e Locke, citados por Martinez e Paraguay, 2003). Os líderes parecem dedicar mais atenção aos empregados ausentes, no sentido de os trazer de volta, embora a sua participação seja mais reactiva do que proactiva (Baker, 2002).

Para Tylczak (1993), o absentismo é um fenómeno complexo que se encontra presente em quase todas as organizações, debilitando-as e danificando o ambiente de trabalho.

Na União Europeia, o absentismo, devido a incapacidade para o trabalho por doença, acidente ou lesão, tem um custo total estimado entre 1.5% e 4% do PIB, conforme os Estados-membros. As autoridades comunitárias consideram que a situação se está a agravar de dia para dia, afectando cerca de 40 milhões de trabalhadores. Em Portugal, os custos directos e indirectos do absentismo rondarão os 3,6% do Produto Interno Bruto (<http://directoaquestao.blogs.sapo.pt/15798.html>).

As duas mil maiores empresas de Portugal perderam 7.731 milhões de dias de trabalho em resultado de doença e 1.665 milhões de dias de trabalho em resultado de acidentes, em 1993. Tal representa 5,5% da totalidade de dias de trabalho nestas empresas (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 1997).

Quando a motivação é baixa, existe a tendência para a retirada, mudança de local de trabalho ou até de organização. Estas intenções são influenciadas por condições de

trabalho atractivas, boas perspectivas profissionais, possibilidades de progressão na carreira, auto-realização profissional e ambiente favorável para as actividades científicas e para formação (Zydziunaite, 2007).

Os comportamentos de retirada não são a primeira opção do profissional insatisfeito. Os colaboradores começam pelo absentismo moderado, que se vai agravando até conduzir à separação e à ruptura total com a organização (Baker, 2002).

Evidência recolhida em outros países mostra que a insatisfação com o trabalho pode conduzir a que os prestadores de cuidados primários de saúde de zonas rurais deixem o local de trabalho ou deixem mesmo a profissão (Arab et al., 2006).

Há poucos dados em Portugal sobre o *turnover* nas profissões da saúde. Sabe-se que, em 1999, por cada 100 trabalhadores, cerca de nove saíram do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em maior número dos hospitais do que dos centros de saúde, não se conhecendo as causas dessas saídas. Um estudo realizado num Centro de Saúde da Sub-Região de Saúde de Lisboa em 2000, que envolveu profissionais de todos os grupos profissionais e onde era perguntado “Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria...” revelou uma motivação para a mudança particularmente forte em relação à profissão, e, no caso dos médicos, em relação à carreira (Martins et al., 2003).

Como consequências mais graves da insatisfação profissional são apontadas a deterioração da relação com colegas e restantes profissionais de saúde (“deixa correr”), menor disponibilidade para o Centro de Saúde (“cumprir só o horário”) e maior vontade de abandonar a profissão, nomeadamente pela aposentação (“estou à espera da reforma”) (Santos et al., 2007).

Quando há uma continuada discrepância entre as exigências do posto de trabalho e a capacidade de resposta do trabalhador (como motivação, satisfação, qualificação, conhecimentos, competências técnicas, humanas e relacionais, potencial de saúde, idade, género, biologia, susceptibilidade, história de vida), é muito provável que surjam problemas de saúde (Graça, 1999).

Para um profissional de cuidados de saúde primários, faltar ou não ao trabalho é uma decisão que não toma de ânimo leve. Em todo o caso, depende sobretudo da percepção da barreira ao absentismo, representada por uma série de custos e benefícios para o trabalhador, que dependem do grau de motivação e de satisfação do indivíduo em relação



ao seu trabalho, da gravidade do estado de saúde, do clima organizacional da empresa, da pressão dos colegas ou do chefe, das regras da organização, da perda de antiguidade, da perda de remuneração incluindo muitas vezes o prémio de produção, de produtividade ou de assiduidade (Graça, 1999).

Os profissionais de saúde experienciam níveis mais elevados de pressão e stress no emprego do que os profissionais do ensino. Por outro lado, os enfermeiros evidenciam níveis de *stress* mais elevados do que os médicos (Melo et al., 1997). A conclusão semelhante chegou (Inoue et al., 2007), numa realidade diferente da portuguesa. Optimizar as condições de trabalho dos enfermeiros, reduzindo a ocorrência de absentismo poderá ter um impacto positivo na qualidade de vida no trabalho destes profissionais e na qualidade da assistência prestada.

Para finalizar, um exemplo da dificuldade encontrada neste tipo de pesquisa e da impossibilidade de generalizar estas questões, evidente da transcrição de opiniões contraditórias sobre a satisfação no local de trabalho retiradas do estudo “A Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS. Parte I” (Graça, 2000).

“Não fui ao Encontro. É um privilégio ser médico de família e trabalhar no local onde trabalho e ganhar o que ganho. Deveriam ser penalizados os que não cumprem”. (Mulher, 49 anos, 17 de Medicina geral e Familiar, com exclusividade).

“No local onde trabalho não há espírito de equipa, como não há médicos em número suficiente, o que altera todo o espírito da Medicina Familiar. Na ordem do dia, o que interessa é a quantidade e não a qualidade. Prevejo que a Medicina Familiar tenha os dias contados!... É o RRE [Regime Remuneratório Experimental], são os Centros de Saúde de 3ª geração... A estocada final vem a seguir! “ (Homem, 47 anos, 17 de Medicina geral e Familiar, com exclusividade).

## **2 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

### **2.1 Centros de saúde em Portugal**

Parece ser unanimemente aceite que, num país desenvolvido, nenhum cidadão deve ser privado de acesso a cuidados de saúde dignos e adequados ao seu estado de saúde físico e mental, independentemente de ter, ou não, meios para os pagar. A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade, que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da Lei ( Lei n.º 48/90).

A discussão a que se assiste hoje em dia reside no facto de os meios técnicos e financeiros serem escassos, havendo a necessidade de os utilizar adequadamente, para que cumpram a sua função, com eficácia e eficiência.

Os cuidados de saúde primários fazem parte integrante do sistema de saúde, no qual possuem um papel central, proporcionando o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com a assistência de saúde.

O debate sobre a reorganização e reorientação dos cuidados de saúde primários em Portugal tem acompanhado a evolução das condições do País e das condições dos centros de saúde.

No terreno, surgiram iniciativas concretas de mudança. Uma dessas iniciativas organizacionais inovadoras foi a criação, pelo Decreto-lei n.º 117/98, do Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos Médicos de Carreira de Clínica Geral, com o intuito de recompensar os que mais e melhor trabalham, sendo os médicos incentivados, por exemplo, a alargar a sua lista de utentes, a promover a vigilância em relação a grupos vulneráveis e a prestar cuidados médicos domiciliários.

Portugal foi um dos primeiros países europeus a adoptar uma estratégia integrada de cuidados de saúde primários, através do desenvolvimento de uma rede de centros de saúde.

Em 2005, eram cerca de 350, os quais integravam quase 2000 extensões, cobrindo a generalidade do território nacional (<http://www.portaldasaude.pt>). Contudo, estes centros de saúde eram desprovidos de autonomia e personalidade jurídica. Geridos pelas Sub-

Regiões de Saúde, a um nível central, sem relação directa com as reais necessidades daqueles que serviam, tanto ao nível da prestação de cuidados como ao nível dos próprios profissionais, os centros de saúde apresentavam ineficiências, desperdícios, desresponsabilização e problemas no acesso e na qualidade dos serviços ([www.observaport.org](http://www.observaport.org)).

A Lei de Bases da Saúde considera que os cuidados de saúde primários são o núcleo do sistema de saúde português e que os centros de saúde são a base institucional daqueles cuidados.

Os centros de saúde são o meio mais acessível e eficiente para proteger e promover a saúde da população. Assim, está em curso uma reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, com o objectivo de lhe dar importância no sistema português de saúde, reconfigurando os centros de saúde no sentido da obtenção de ganhos em saúde e na acessibilidade.

Neste contexto, o Decreto-lei n.º 88/2005, estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, reestruturando-os em unidades funcionais, com ênfase para a Unidade de Saúde Familiar (USF).

A criação das USF representa a execução de um dos pontos referentes à reforma dos cuidados de saúde primários prevista no Programa do XVII Governo Constitucional e constitui a fórmula do Ministério da Saúde para estender a cobertura de Cuidados de Saúde Primários a todo o país.

As unidades de saúde familiares são parte integrante dos centros de saúde, embora desenvolvam a sua actividade com autonomia administrativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde (Decreto-lei n.º 298/2007) num quadro de contratualização interna, envolvendo efectividade, eficiência e qualidade (Despacho n.º 24 101/2007).

O Decreto-Lei n.º 28/2008 veio alterar a gestão tradicional dos centros de saúde, retirando-os da dependência directa das sub-regiões de saúde. Uma das principais novidades deste diploma consiste na criação da figura Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), que pode ser definido como serviço público de saúde com autonomia administrativa, constituído por várias unidades funcionais, que agrupa um ou mais

centros de saúde, e que tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais:

- Unidade de Saúde Familiar (USF);
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC);
- Unidade de Saúde Pública (USP);
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP);
- Outras unidades ou serviços propostos pela respectiva Administração Regional de Saúde (ARS) e aprovados por despacho do Ministro da Saúde.

Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde e do ACES. Está prevista a existência de um Conselho da Comunidade, sendo ainda mantido o Gabinete do Cidadão (<http://www.min-saude.pt/portal>).

Foi fixado em 74 o número máximo de ACES. A delimitação geográfica deve corresponder à NUTS III, a um agrupamento de concelhos ou a um concelho. O número de pessoas residentes na área do ACES não deve, em regra, ser inferior a 50.000, nem superior a 200.000 (<http://www.min-saude.pt/portal>).

Para fins de cuidados personalizados, são utentes de um centro de saúde todos os cidadãos que nele queiram inscrever-se, com prioridade, havendo carência de recursos, para os residentes na respectiva área geográfica (<http://www.min-saude.pt/portal>).

## **2.2 O profissional de Saúde nos cuidados de saúde primários**

Os profissionais dos cuidados de saúde primários são trabalhadores que assumem papéis complexos no serviço nacional de saúde. A sua actividade profissional reporta-se a um conjunto de atributos e qualidades muito próprias e necessárias para lidar com pessoas.

Os médicos e enfermeiros pertencem a grupos específicos, regulados por normas próprias, que os podem levar a ter perspectivas diferentes sobre a motivação e satisfação

profissional relativamente a outros grupos profissionais. Mas os profissionais que actuam em cuidados de saúde primários não se resumem a médicos e enfermeiros, incluindo outros técnicos superiores, assistentes técnicos e assistentes operacionais.

### ***2.2.1 Médicos***

Até finais do século passado, o médico era visto quase como o único interveniente com responsabilidades na área da saúde e, como tal, era quase em exclusivo o responsável pela formação e promoção da saúde.

Com a aquisição de novas competências por outros técnicos ligados à saúde (Enfermeiros, Técnicos de Serviço Social, Técnicos das Tecnologias da Saúde, Nutricionistas, Psicólogos, entre outros), a situação tem vindo a mudar e hoje a intervenção comunitária já não é da exclusiva competência e responsabilidade do médico, embora pelo seu conhecimento ainda seja o profissional mais indicado para fazer a promoção directa junto do público alvo, podendo estabelecer uma relação de confiança, que leve o destinatário da mensagem a aderir facilmente.

Para a mudança de atitude e do retirar da exclusividade por estes papéis ao médico, contribui o aumento do nível de habilitação dos restantes profissionais envolvidos e o aumento de conhecimento dos cidadãos que acedem aos cuidados de saúde.

Em saúde, as relações devem ser humanizadas e toda a prestação deve apontar nesse sentido, uma vez que mexe com o bem estar das pessoas.

Um outro campo onde é importante a acção dos cuidados de saúde primários é no uso adequado e mais barato dos medicamentos. Aqui, cabe ao médico o papel principal, pois é ele que decide qual o medicamento que vai receitar. Ao utente fica reservado o papel secundário de pedir que lhe seja receitado o mais barato.

Sendo a população idosa e com poucas condições sociais e financeiras a que mais utiliza os cuidados de saúde primários, pode ser também aquela que mais beneficia com uma relação aberta com o seu médico de família, no sentido de este receitar medicamentos mais acessíveis.

Continua a caber ao médico a responsabilidade máxima pelo funcionamento dos cuidados de saúde primários, sendo inclusive os profissionais em maior número nos centros de

saúde, a quem cabe a coordenação das unidades de saúde familiar e das unidades de saúde pública.

Como aquilo que se presta são cuidados de saúde primários, as especialidades médicas são a medicina geral e familiar e a saúde pública.

Os médicos de família são médicos especialistas treinados nos princípios da sua disciplina. São médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção. Cuidam de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes (Allen et al, 2002).

### ***2.2.2 Enfermeiros***

Talvez a definição mais conhecida de enfermagem seja a de Virgínia Henderson (citada por Queirós 2008). “A função específica da enfermeira é assistir o indivíduo, doente ou são, na realização das actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para a morte pacífica) e que ele executaria sem ajuda, se para isso tivesse a necessária força, vontade ou conhecimento, e fazer isso de modo a ajudá-lo a ganhar a independência o mais rapidamente possível”.

Tal como existe o médico de família, como um profissional que presta os cuidados ao seu utente e o conhece como se de uma relação familiar se tratasse, também muito se tem falado no enfermeiro de família, que agora começa a ser implementado.

Embora haja quem se considere (de nome, corpo e alma) um enfermeiro de família, a verdade é que este título só pode ser utilizado, nos dias que correm, por aproximação ou simpatia. Isto porque a especialização ainda não é certificada, que o mesmo é dizer reconhecida, pela Ordem dos Enfermeiros (Reis, 2009).

Nenhum serviço de saúde pode funcionar sem a presença destes profissionais que desempenham um papel muito importante na prestação de cuidados de saúde, sendo por isso das profissões que mais importância tem adquirido no panorama nacional.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões e por

todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática da enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que "bons cuidados" significam coisas diferentes para diferentes pessoas, e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com estas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros). Daqui podemos retirar, se dúvidas ainda houvesse, que se trata de uma profissão humanista.

### ***2.2.3 Técnicos superiores***

Nos cuidados de saúde primários existe uma grande variedade de técnicos superiores que desempenham funções específicas da área de formação que tiverem. São poucos em número, mas muito diversos em formação.

O maior número são os que estão englobados na carreira de técnicos de diagnóstico e terapêutica (saúde ambiental, higiene oral, ortóptica, radiologia e fisioterapia), seguindo-se os técnicos superiores de saúde (psicólogos e nutricionistas), técnicos de serviço social e técnicos de informática.

São todos profissionais altamente qualificados, que mesmo em número reduzido prestam uma intervenção na comunidade significativa, quer a nível individual quer integrados em equipas multidisciplinares, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida das populações.

Tem sido pela acção concertada e complementar dos técnicos da área da saúde que têm resultado comportamentos no sentido da adopção de estilos de vida saudáveis, de preocupação com a saúde individual e colectiva, bem como comportamentos de protecção e promoção do ambiente.

### ***2.2.4 Assistentes técnicos***

Os assistentes técnicos são o rosto das instituições, porque são quem primeiro recebe o utente dos serviços. Quanta vezes a primeira imagem é a que é registada. Se for uma imagem agradável vai produzir no utente reacções de satisfação.

Para lidar com situações de atendimento, em que por vezes a resposta não vai de encontro às expectativas de quem procura os serviços, é necessária uma preparação adequada na área do atendimento e das relações interpessoais.

Cada vez mais, existem profissionais altamente qualificados à frente dos balcões de atendimento, com ganhos inerentes para os utilizadores dos serviços e para a imagem das instituições.

### ***2.2.5 Assistentes operacionais***

Todos os serviços necessitam de assistentes operacionais, que são o suporte e a sustentação do bom desempenho dos profissionais de maior responsabilidade, no apoio que prestam para o funcionamento da instituição.

É uma verdade que já existem muitos serviços que estão a recorrer a prestadores externos para o desenvolvimento de algumas actividades que estão atribuídas a estes profissionais, nomeadamente os serviços de limpeza das instituições.

## **2.3 Caracterização do ACES Baixo Vouga II**

O agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga II presta cuidados de Saúde primários a um número elevado de utentes, numa extensão geográfica considerável (Figura 2).

O ACES Baixo Vouga II tem sede em Aveiro (Avenida Dr. Lourenço Peixinho n.º 47 - 6.º A – Vera Cruz – Aveiro), uma área geográfica de 595.5 km<sup>2</sup> e uma densidade populacional de 275.7 habitantes por km<sup>2</sup>. Engloba os Centros de Saúde dos concelhos de Aveiro, Albergaria-a-Velha, Ílhavo e Vagos, compreendendo 37 freguesias e prestando cuidados de saúde primários a uma população residente de 164.200 habitantes em 31/12/2007 (INE 2007), sendo 84.483 (51,5%) do sexo feminino e 79.717 (48,5%) do sexo masculino. A sua distribuição por Concelho e sexo consta do Quadro 5. É constituído por 4 Centros de Saúde, 29 Extensões, 4 Unidades de Saúde Familiar (3 no CS de Aveiro e 1 no CS de Ílhavo) e 1 Unidade de Saúde Pública.

Para a prestação dos cuidados de saúde a esta população, o ACES Baixo Vouga II dispõe de uma estrutura de recursos humanos constituída por 479 colaboradores, distribuídos pelas diferentes categorias profissionais, conforme descrito no Quadro 6.



### Centro Saúde de Albergaria-a-Velha



### Centro de Saúde de Ílhavo



### Centro de Saúde de Aveiro



### Centro de Saúde de Vagos



Figura 2 - Área geográfica do ACES Baixo Vouga II (Fonte: ACES BV II)

Quadro 5 - População residente no ACES BV II, em 31 de Dezembro de 2007

Concelhos	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alberg-Velha	12.708	7.7	13.393	8.2	26.101	15.9
Aveiro	35.255	21.5	38.092	23.2	73.347	44.7
Ílhavo	20.005	12.2	20.814	12.7	40.819	24.8
Vagos	11.749	7.2	12.184	7.4	23.933	14.6
ACES BV II	79.717	48.5	84.483	51.5	164.200	100.0

Fonte: INE 2007

Destes, 53 encontram-se deslocados na UAG (Unidade de Apoio à Gestão): 14 Assistentes Operacionais, 30 Assistentes Técnicos, 2 Técnicos Superiores de Saúde, 6 Técnicos Superiores e 1 Informático.

Em 31 de Março de 2009, o ACES BV II tinha inscrito 181.266 utentes. Destes, 172.957 (95.4%) tinham médico de família. Não tinham médico de família 7.234 (3.99%) utentes, mas 1.075 destes utentes não têm médico por opção. A média de utentes por médico é de 1.679 utentes. O número de utentes é superior ao número de residentes, tendo presente que os “esporádicos” (estudantes e, estrangeiros, de entre outros) têm direito a assistência e cuidados de saúde (Fonte ACES Baixo Vouga II).

Quadro 6 - Mapa de pessoal ACES Baixo Vouga II

Descrição	Número de efectivos
Director Executivo	1
Assistente Operacional	82
Assistente Técnico	121
Técnico Superior	9
Enfermagem	116
Médico	123
Informático	1
Técnico Diagnóstico e Terapêutica	19
Técnico Superior de Saúde	7
Total	479

**Fonte:** Secção de pessoal do ACES BAIXO VOUGA II (Dezembro de 2009)

Como o âmbito de actuação do ACES envolve vários concelhos, é natural que os colaboradores tenham que se deslocar entre os vários centros de saúde e ou unidades de saúde constituintes, conforme as necessidades de prestação de serviço assim impliquem.

O ACES Baixo Vouga II é bastante extenso, para cumprir os requisitos legislativos que estão na base da sua criação, que é servirem uma população de mais de 100000 e menos de 200000 habitantes (Quadro 7).

Quadro 7 – População servida pelo ACES Baixo Vouga II

ACES	Centro Saúde	Utentes Inscritos sem Méd. Família	Utentes sem Médico	Utentes sem Médico por opção	Total	N.º de Médicos
Baixo Vouga II	Albergaria-a-Velha	27939	62	60	28001	16
	Aveiro	78533	5653	537	84186	49
	Ílhavo	41549	2434	318	43983	23
	Vagos	24936	160	160	25096	15
	Total	172957	8309	1075	181266	103

**Fonte:** SINUS, 31 de Março de 2009

### **3 METODOLOGIA**

Nos capítulos anteriores, foi explorada a temática da satisfação no trabalho e apresentado o contexto em que decorrerá a parte empírica deste trabalho.

Neste capítulo, apresenta-se a metodologia de investigação. Inclui os objectivos, a conceptualização do estudo, a descrição da amostra, a construção do instrumento de recolha de dados e os procedimentos.

#### **3.1 Objectivos geral e específicos**

O objectivo principal deste trabalho é analisar a satisfação dos profissionais dos cuidados de saúde primários do ACES Baixo Vouga II e a sua relação com o absentismo e o modo como encaram a continuidade da sua colaboração com a organização em que trabalham.

Como os objectivos específicos estabeleceram-se os seguintes:

- Investigar as razões que condicionam a satisfação dos trabalhadores dos centros de saúde, enquanto profissionais dos cuidados de saúde primários;
- Investigar a vontade de mudança e as perspectivas futuras;
- Perceber se e como a satisfação varia de classe profissional para classe profissional;

Analisar a relação entre satisfação no trabalho e absentismo e abandono definitivo do trabalho.

#### **3.2 Amostra**

O universo do estudo são os profissionais do ACES Baixo Vouga II (Quadro 8). A amostra do trabalho coincide com o universo, já que se inquiriram todos os profissionais dos quatro centros de saúde deste ACES em que tal fazia sentido, tal como se descreve de seguida.

Dos Centros de Saúde que integram o ACES Baixo Vouga II fazem parte 479 colaboradores. Destes, 53 encontram-se deslocados na UAG (Unidade de Apoio à Gestão): 14 Assistentes Operacionais, 30 Assistentes Técnicos, 2 Técnicos Superiores de Saúde, 6 Técnicos Superiores, 1 Informático.

Como o conjunto de profissionais é muito heterogéneo, quer ao nível da formação profissional, quer ao nível das actividades e responsabilidade profissional, optou-se por fazer a separação por grupos profissionais.

Atendendo a que os Técnicos Superiores, Técnicos Superiores de Saúde, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e Técnico de Informática desempenham tarefas com grau de complexidade, autonomia, responsabilidade e organização semelhante e são em pequeno número, foram englobados todos na categoria única de Técnico Superior. Retirando do conjunto total os profissionais destacados na UAG, resulta a distribuição de colaboradores descrita no Quadro 8.

Quadro 8 – Mapa de pessoal de ACES Baixo Vouga II, sem o pessoal da UAG

Descrição	Número de efectivos
Assistente Operacional	82-14=68
Assistente Técnico	121-30=91
Técnico Superior (todas as categorias técnicas)	9+1+19+7-9=27
Enfermagem	116
Médica	123
TOTAL	425

Assim, a nossa amostra, depois de retirados os profissionais que se encontram deslocados na UAG (Unidade de Apoio à Gestão) e a Directora executiva, ficou constituída por 425 colaboradores.

A área de influência é a área geográfica do ACES BAIXO VOUGA II, que engloba os Centros de Saúdes de Aveiro, Albergaria, Ílhavo e Vagos.

### 3.3 Construção do instrumento de recolha de dados

Na persecução dos objectivos deste trabalho aplicou-se um questionário (Anexo 1) elaborado para o efeito e aplicado a todos os colaboradores.

Na primeira parte do questionário foram colocadas nove dimensões para as características do trabalho que podem influenciar a satisfação com o trabalho, em função das pesquisas bibliográficas realizadas no âmbito do sector da Saúde. A construção do questionário visou recolher informação sobre as condições no local de trabalho, realização pessoal e profissional, âmbito das funções, autonomia, interdependência e poder, relações

interpessoais e profissionais, reconhecimento e desempenho organizacional, mudança e segurança no emprego, remuneração, tipo de trabalho, conteúdo do trabalho e supervisão, recorrendo a setenta e duas questões que se encontram subdivididas em nove grupos, tal como mostra o Quadro 9.

Quadro 9 – Grupos e conteúdos do questionário aplicado

<b>Dimensão</b>	<b>Descrição</b>	<b>Questões</b>
1	Condições no local de trabalho	<b>2 e 38</b> Adaptadas de (Graça, 2000) <b>12, 34 e 45</b> (Méliá e Peiró 1998) <b>18, 25 e 53</b> (Resultantes de pesquisas bibliográficas)
2	Realização pessoal e profissional	<b>1,19, 47 e 71</b> Adaptadas de (Graça, 2000) <b>60 e 68</b> Adaptadas de (Méliá e Peiró 1998) <b>13 e 32</b> Resultantes de pesquisas bibliográficas
3	Âmbito das funções, autonomia, interdependência e poder	<b>23 e 24</b> Adaptadas de (Graça, 2000) <b>31 e 54</b> Adaptadas de (Méliá e Peiró 1998) <b>44, 46, 62 e 69</b> Resultantes de pesquisas bibliográficas
4	Relações interpessoais e profissionais	<b>40</b> (Graça, 2000) <b>50 e 61</b> Adaptadas de (Graça, 2000) <b>27, 33, 36, 55 e 64</b> Resultantes de pesquisas bibliográficas
5	Reconhecimento e Desempenho Organizacional	<b>48</b> (Graça, 2000). <b>67 e 72</b> Adaptadas de (Graça, 2000) <b>70</b> Adaptada de (Méliá e Peiró 1998) <b>8, 26, 39 e 63</b> Resultantes de pesquisas bibliográficas
6	Mudança e Segurança no emprego	<b>42 e 56</b> Adaptadas de (Graça, 2000) <b>6, 14, 17, 35, 49 e 51</b> Resultantes de pesquisas bibliográficas
7	Remuneração	<b>41</b> (Graça, 2000) <b>7, 57 e 59</b> Adaptadas de (Graça, 2000) <b>15, 29, 52 e 65</b> Resultantes de pesquisas bibliográficas
8	Tipo de trabalho, conteúdo do trabalho	<b>4, 21, 30, 58 e 66</b> Adaptadas de (Wright e Davis, 2003) <b>10, 37 e 43</b> Resultantes de pesquisas bibliográficas
9	Supervisão	<b>20</b> (Graça, 2000). <b>3 e 5</b> Adaptadas de (Méliá e Peiró 1998) <b>9, 11, 16, 22 e 28</b> Resultantes de pesquisas bibliográficas

Os indicadores propostos para a avaliação cobrem quase todas as dimensões utilizadas por Graça (1999) e são complementados com dados descritivos com interesse na apreciação dos colaboradores.

A segunda parte do questionário foi destinada à recolha da informação demográfica, onde era solicitada a indicação da profissão, género situação laboral, antiguidade na carreira e no serviço, idade e absentismo.

A terceira parte do questionário lida com a avaliação da satisfação e da vontade de mudança. Foi utilizada uma escala tipo “Likert”, com valores de 1 a 5, em que o 1 corresponde ao valor mais baixo da escala e o 5 ao valor mais elevado. Na satisfação o 1 corresponde ao muito insatisfeito e o 5 ao muito satisfeito, enquanto que na vontade de mudança o 1 corresponde ao discordo muito e o 5 ao concordo muito.

### **3.4 Procedimentos**

O questionário foi entregue a todos os sujeitos da amostra, aos quais foi concedido um prazo de 15 dias para resposta. A adesão foi voluntária, sendo o questionário totalmente anónimo.

Antes de aplicar o questionário, foi realizado um pré-teste a um elemento de cada grupo profissional do ACES Baixo Vouga II, para verificar o entendimento e a relevância das questões colocadas.

Os colaboradores envolvidos referiram que compreendiam o conteúdo e o interesse das questões colocadas e não referiram problemas de interpretação. Apenas referiram, como aspecto negativo, o facto de o questionário ser extenso, o que poderia desmobilizar a adesão em número elevado de respondentes.

Os dados recolhidos foram tratados com o SPSS. Primeiramente, procedeu-se à inspecção visual da base de dados e à análise da qualidade dos dados, nomeadamente no que respeita à presença de *outliers*, *missing values* e distribuições das variáveis.

Como, nos questionários devolvidos, o número de não respostas foi muito baixo, optámos por utilizar a opção do software SPSS “replace with mean”, em que os itens sem resposta são substituídos pela média das respostas dadas na pergunta em causa, quando tal se mostrou necessário.

De seguida, foram realizadas análises para a persecução dos objectivos do trabalho. Em primeiro lugar, realizou-se uma análise descritiva das variáveis demográficas dos colaboradores que aceitaram responder ao questionário, depois procedeu-se à comparação das médias, cruzando variáveis como género e satisfação, profissão e satisfação, género e absentismo e profissão e absentismo. Foi utilizado o teste one-way ANOVA (SPSS 17.0), para comparação das médias.

De seguida, as variáveis relativas à descrição do trabalho foram submetidas a uma análise factorial, a qual, resumidamente, permite identificar, a partir das variáveis iniciais, um conjunto menor de grupos de variáveis, designados como factores. A análise factorial é, assim, o modo como as co-variâncias e as correlações conseguem ser explicadas por um número mais pequeno de variáveis não observadas (Hair et al., 1995).

Para realizar a análise factorial foram seguidas algumas etapas, começando por verificar se existia correlação entre os dados iniciais que justificasse a aplicação da análise factorial. Utilizou-se o teste de esfericidade de Bartlett e de medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O teste de esfericidade de Bartlett testa a presença de correlação entre as variáveis iniciais e a medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) permite verificar se a análise factorial tem validade para as variáveis escolhidas (Hair et al, 1995) (Quadro 10).

A matriz das rotações permite identificar as saturações dos itens, ou seja, permite identificar a correlação existente entre as variáveis originais e os factores, percebendo a natureza de cada factor.

A matriz das comunalidades permite obter dados relativos à variância de partilha entre a variável original e as restantes variáveis em análise (Hair et al., 1995). As saturações e as comunalidades não devem ser inferiores a 0.5 (Hair et al., 1995).

Quadro 10 – Interpretação da medida do KMO

KMO	Análise de Componentes Principais
1 – 0.90	Muita Boa
0.80 – 0.90	Boa
0.70 – 0.80	Média
0.60 – 0.70	Razoável
0.50 – 0.60	Má
< 0.50	Inaceitável

Na rotação dos factores foi utilizada a rotação VARIMAX, cujo objectivo é simplificar as linhas e as colunas da matriz factorial (Hair et al, 1995).

Para analisar a consistência interna da escala utilizou-se o alpha de Cronbach. O alpha Cronbach aumenta quando a correlação entre os itens aumenta. Por este motivo, o coeficiente permite avaliar a consistência interna da medida.



O Cronbach alpha é um dos mais utilizados coeficiente de diferenciação de factores (Norusis, 1994). Pode ser encarado como a correlação entre o teste ou escala utilizados e todos os outros testes ou escalas contendo o mesmo número de *items*, que poderiam ser construídos a partir de um universo hipotético de *items* que medem a característica em questão. Os seus valores variam entre 0 e 1, sendo o valor superior a 0.6 considerado o mínimo aceitável para dar credibilidade aos resultados apurados (Nunally e Bernstein, 1978). Para uma boa consistência interna, o alpha de Cronbach deve apresentar valores superiores a 0.8 (Hair et al, 1995).

Neste trabalho considerámos que o valor de 5 *items* seria uma valor razoável para a consolidação dos factores, o que aliás foi também considerado por (Stanton et al. 2001). Não foi possível manter uma consistência que nos permitisse este valor de *items* para todos os factores, sendo que os factores 5 e 6 ficaram com 4 e 3 *items* respectivamente.

O considerarmos estes resultados da factorização como aceitáveis teve que ver com a consistência dos valores das variáveis ao longo das várias tentativas utilizadas na redução, e nos valores finais obtidos, para os 6 factores.

Depois da factorização, prosseguiu-se a análise recorrendo a regressões lineares, para analisar a forma como estes factores influenciam a satisfação no trabalho, a satisfação na profissão e a vontade de mudança. A regressão linear é um procedimento analítico que determina as relações lineares entre um conjunto de factores e um único critério (Silva, 2004).

Os resíduos devem distribuir-se de forma aleatória em torno da recta que corresponde ao resíduo zero. Dessa forma, será de esperar que os erros sejam independentes e de variância constante. Quando os resíduos não se comportam de forma aleatória, ou seja, seguem um padrão, a condição de independência não é satisfeita. Isto pode traduzir o facto de não existir uma relação linear entre as variáveis ou então que não constam no modelo uma ou várias variáveis independentes que influenciam significativamente a variável dependente e portanto, também, os erros (Matos, 1995).

Na regressão múltipla, o tamanho relativo dos coeficientes não é importante. Os coeficientes de regressão estandardizados e não estandardizados são medidos na mesma escala e são directamente comparáveis entre si, com o maior coeficiente indicando qual variável independente tem a maior influência sobre a variável dependente. No nosso

estudo utilizámos os valores dos coeficiente não estandardizados (Beta). (Multiple Regresion PPA 696 Research Methods).

Calculámos também a colinearidade. Em geral, variáveis com tolerância abaixo de 0.20 (baixa tolerância) e/ou VIF maior ou igual a 5 (alguns autores usam 10) podem indicar problemas de multicolinearidade (Silva, 2004).

A regressão com apenas uma variável dependente requer, normalmente, um mínimo de 30 observações. Quando há mais de cinco variáveis independentes numa única equação de regressão múltipla, podem surgir dificuldades de interpretação. Uma das mais frequentes é que duas ou mais variáveis independentes sejam altamente correlacionadas entre si. Se, numa matriz de correlação com todas as variáveis independentes, as correlações indicam um  $R^2$  de 0.75 ou superior, então pode haver um problema com multicolinearidade. Por definição,  $0 < R^2 < 1$ .

Durbin-Watson é um teste estatístico usado para detectar a presença de auto correlação nos resíduos de uma análise de regressão. Os valores variam de 0 a 4. Um valor próximo de 2 indica inexistência de auto correlação, um valor de 0 indica auto correlação positiva, um valor de 4 indica auto correlação negativa (Teste de Durbin-Watson).

Foram ainda calculados os t e os F em cada uma das regressões, para se poder aquilatar a existência de significância entre cada um dos factores.

Para a análise dos conteúdos manifestados pelos profissionais, procedemos à análise das médias dos factores obtidos com a análise factorial, e das variáveis relacionadas com absentismo, mudança, satisfação com o trabalho e satisfação com a profissão. Esta análise das médias foi feita por grupo profissional e por género.

A análise inicial começou com a estatística descritiva univariada, passando pelo estudo das frequências e percentagens, com separação por género, situação laboral, absentismo, antiguidade na carreira e na profissão e pela análise descritiva da satisfação profissional, satisfação no trabalho, obrigação de trabalho e mudança dos grupos profissionais que responderam aos questionário.

A variável mudança resultou da média das variáveis associadas à mudança de profissão ( $\bar{X}=3.5$ ), mudança de emprego ( $\bar{X}=3.4$ ) e mudança de local de trabalho( $\bar{X}=3.3$ ). Foram

invertidos os valores obtidos, porque as questões estão colocadas pela negativa. Significa que o valor médio mais elevado corresponde aqueles que apresentam menor vontade de mudança.

Fizemos também um análise descritiva de cada uma das questões envolvidas na descrição do trabalho.

A análise seguinte consistiu na análise estatística bivariada, com a comparação das médias, fazendo-se o cruzamento de dados entre género e satisfação, entre profissão e satisfação, entre género e absentismo e entre profissão e absentismo.

## 4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos com o tratamento estatístico efectuado.

### 4.1 Caracterização dos profissionais que responderam ao inquérito

Depois de recolhidos os questionários e eliminados aqueles que estavam incompletos ou por preencher, obtivemos um total de 204 válidos, o que corresponde a um índice de resposta de 48%. A percentagem maior de respostas veio do grupo do pessoal técnico superior.

Foi referido por alguns colaboradores que o questionário era extenso e estavam demasiado ocupados, o que os levou a desistir do preenchimento.

O Quadro 11 mostra a distribuição de respostas por grupo profissional.

Quadro 11 – Número de questionários válidos, por grupo profissional

Descrição	N.º de Efectivos	N.º de Questionários Válidos	%
Assistente Operacional	68	34	50.0
Assistente Técnico	91	46	50.6
Técnico Superior	27	19	70.4
Enfermagem	116	60	51.7
Médica	123	45	36.6
TOTAL	425	204	48.0

Conforme o Quadro 11, podemos verificar que a taxa geral de resposta se aproximou dos 50%. A única classe profissional que ficou aquém dos 50% foi a classe médica, situação que poderá dever-se ao facto de terem um trabalho mais isolado e com elevada carga de stress, que muitas vezes desmobiliza a adesão a projectos que lhes roubem algum do tempo disponível.

A maioria dos que responderam (165 em 204), são mulheres (Quadro 12).

Dos colaboradores que se disponibilizaram a responder, a maioria (166 em 204) tem um vínculo forte com a instituição, já que pertencem ao mapa de pessoal (Quadro 13).

Quadro 12 – Colaboradores que responderam, separados por género em %

	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Cumulativa	Homem	Mulher	Total
Médico	45	22.1	22.1	22.1	19	26	45
Enfermeiro	60	29.4	29.4	51.5	7	53	60
Téc. Sup.	19	9.3	9.3	60.8	6	13	19
Assist. Téc.	46	22.5	22.5	83.3	3	43	46
Assist. Ope.	34	16.7	16.7	100.0	4	30	34
Total	204	100.0	100.0		39	165	204

Com um valor absoluto de (1.2) faltas por ano, os técnicos superiores são os que faltam mais vezes ao serviço, em contraponto com os assistentes operacionais que são os que faltam menos vezes (0.20 faltas por ano) (Gráfico1).

A tendência em todos os grupos profissionais é para a aproximação do número de faltas totais ao número das faltas por doença.

Algumas medidas de informação demográfica são variáveis muito diferenciadas, que têm mínimos e máximos muito distantes, conduzindo a um desvio muito grande, como é o caso da antiguidade na carreira ( $\delta=10.6$ ), da antiguidade no centro de saúde ( $\delta=11.2$ ) e da idade ( $\delta=10.3$ ) (Quadro 14).

Os colaboradores que responderam são pessoas com relação jurídica de emprego estável. Do total das 204 respostas válidas 166 respondentes pertencem aos mapas de pessoal, 33 têm contrato de trabalho com mais de 6 meses e apenas 4 têm contrato de duração inferior a seis meses, conforme Quadro 13.

A análise das variáveis descritivas que caracterizam o trabalho mostra que em todas temos mínimos de 1 e máximos de 5, mas que o desvio é regra geral pequeno com valores sempre próximos de 1, Quadro 15.

Quadro 13 – Situação laboral dos profissionais que responderam

Profissão	Situação Laboral			Total
	Mapa pessoal	Contrato até 6 meses	Contrato mais 6 meses	
Médico	40	1	4	45
Enfermeiro	48	1	11	60
Técnico Superior	15	0	4	19
Assistente Técnico	38	0	7	45
Assistente Operacional	25	2	7	34
Total	166	4	33	203

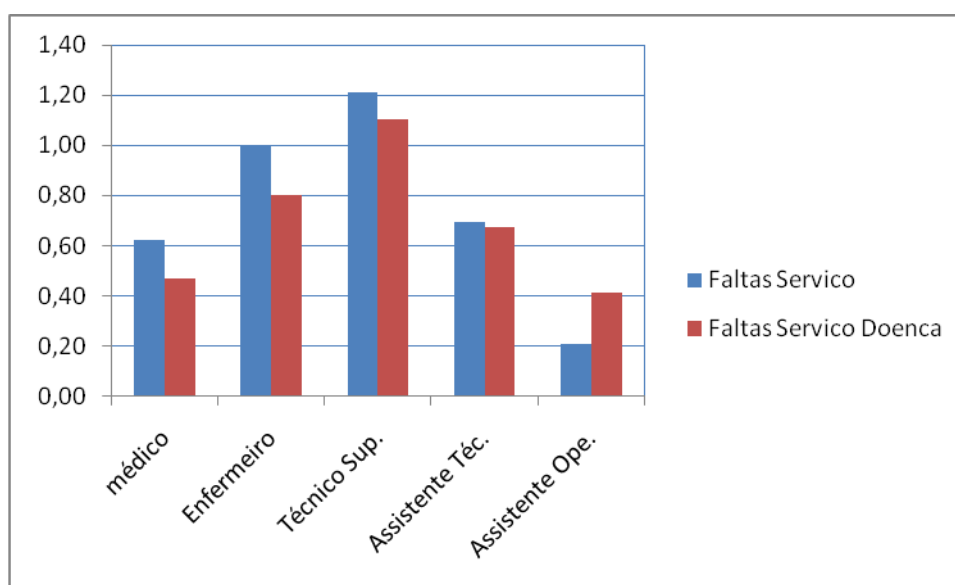


Gráfico 1 – Absentismo, por grupo profissional

Quadro 14 – Medidas de antiguidade

	Antiguidade Carreira	Antiguidade Centro Saúde	Idade
n	204	204	204
Media	18.7	14.7	44.8
Mediana	20.0	10.0	46.0
Moda	10.0	6.0	30.0
Desvio Estimado	10.6	11.2	10.3
Mínimo	1.0	0.0	25.0
Máximo	41.0	41.0	65.0

Quadro 15 – Caracterização das variáveis

		n	Média	Mediana	Moda	Desv.	Min.	Máx.
1	Faço parte de uma equipa competente e empenhada	204	3.88	4	4	1.01	1	5
2	As situações de conflito que podem provocar riscos de stress no trabalho estão salvasguardas	204	2.88	3	4	1.06	1	5
3	Existe uma orientação clara sobre o funcionamento do serviço e da organização, nomeadamente a nível da execução dos processos de trabalho	204	3.18	3	4	1.17	1	5
4	No meu trabalho, não tenho muitas oportunidades de aplicar aquilo que aprendi durante a minha formação	204	2.60	2	2	1.16	1	5
5	Não sou incentivado a participar no desenvolvimento dos objectivos e políticas da organização	204	2.82	3	3	1.25	1	5
6	As mudanças no Centro de Saúde têm sido benéficas	204	2.77	3	3	1.13	1	5
7	As comissões, prémios e incentivos financeiros disponíveis não são adequados	198	3.95	4	5	1.22	1	5
8	Os meus colegas não avaliam correctamente o valor do meu desempenho	202	2.91	3	3	1.04	1	5
9	O meu superior hierárquico é um bom exemplo a seguir	204	3.57	4	3	1.04	1	5
10	O meu trabalho é emocionalmente desgastante	203	3.65	4	4	1.08	1	5
11	O meu superior hierárquico não me diz como posso melhorar o meu trabalho	204	2.78	3	3	1.03	1	5
12	As condições físicas, a limpeza e higiene do local trabalho são adequadas e garantem conforto e bem-estar	204	3.20	3	4	1.18	1	5
13	O Centro de Saúde não oferece oportunidades de formação contínua	204	3.31	3	4	1.19	1	5
14	O facto de pertencer a um grupo de trabalho deixa-me mais confiante em relação ao meu futuro neste Centro de Saúde	204	3.44	4	4	1.02	1	5
15	Os rendimentos de que aufero neste Centro de Saúde não me permitem ter o nível de vida a que tenho direito	204	3.81	4	4	1.10	1	5

16	O meu superior hierárquico é competente	204	3.89	4	4	0.89	1	5
17	O ritmo de mudança no local onde desempenho da actividade profissional não é adequado	203	2.51	3	3	1.10	1	5
18	Os equipamentos disponíveis não são adequados ao trabalho, tarefas e actividades que desenvolvo	204	2.89	3	2	1.07	1	5
19	Dou um contributo importante para a realização da missão e dos objectivos atribuídos ao Centro de Saúde	204	4.04	4	4	0.71	1	5
20	A supervisão do meu trabalho é adequada e flexível (em termos de horários, licença de maternidade/paternidade, férias)	204	3.81	4	4	0.86	1	5
21	Para desempenhar o meu trabalho, preciso de diversas competências	204	4.02	4	4	0.78	1	5
22	A supervisão do meu trabalho é baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência	204	3.83	4	4	0.92	1	5
23	Tenho conhecimento prévio do horário laboral, reuniões de serviço, acções de formação e ordem de trabalhos	204	3.76	4	4	1.01	1	5
24	Participo nas decisões do grupo de trabalho relativas ao Centro de Saúde	203	3.06	3	4	1.18	1	5
25	A distância e os meios de transporte entre casa e local de trabalho são convenientes	203	3.62	4	4	1.19	1	5
26	Sinto orgulho pela boa imagem que este Centro de Saúde tem na comunidade	204	3.59	4	4	0.93	1	5
27	A relação com os colegas é de cooperação, companheirismo e inter-ajuda	204	3.87	4	4	0.91	1	5
28	Quando me atribuem uma tarefa certificam-se de que tenho condições para a levar a cabo	202	3.55	4	4	0.96	1	5
29	Trabalho de mais, para aquilo que recebo	204	3.98	4	5	1.01	1	5
30	As tarefas que desempenho são quase sempre as mesmas, dia após dia	204	3.18	3	4	1.09	1	5
31	Não conheço os objectivos, metas e indicadores de serviço que devem ser alcançados	204	2.58	2	2	1.17	1	5
32	O Centro de Saúde estimula e apoia a criatividade	204	2.66	3	3	1.03	1	5



33	Neste Centro de Saúde, as pessoas põem o desempenho individual acima de tudo	204	2.92	3	3	0.91	1	5
34	O sistema de turnos a que local de trabalho obriga não está bem adaptado	202	2.70	3	3	0.88	1	5
35	Não estou confiante em relação ao futuro da minha carreira profissional	204	3.48	4	4	1.21	1	5
36	Não existe uma relação de confiança com os utentes neste Centro de Saúde	204	2.47	2	2	0.97	1	5
37	O meu trabalho não é muito complicado	204	2.80	3	2	1.15	1	5
38	O Centro de Saúde faz a prevenção da toxicidade do posto de trabalho (riscos de natureza física, química e/ou biológica)	204	2.70	3	3	1.06	1	5
39	Trabalhar neste Centro de Saúde dá-me um certo prestígio, entre as pessoas das minhas relações	204	3.01	3	3	0.95	1	5
40	Tenho verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos, no meu local de trabalho	204	3.61	4	4	1.00	1	5
41	Estou bem pago(a), tendo em conta o meu nível de desempenho profissional	204	1.94	2	1	0.98	1	5
42	Sinto confiança em relação ao futuro do SNS	204	2.30	2	2	0.97	1	5
43	Tenho um trabalho interessante e variado	202	3.58	4	4	0.94	1	5
44	Estou à vontade para alterar o processo de trabalho, de forma a conseguir fazer o que me é pedido	204	3.52	4	4	0.94	1	5
45	Os recursos humanos e técnicos oferecidos pelo Centro de Saúde para realizar o trabalho são adequados	203	2.79	3	3	0.96	1	5
46	Dentro de limites compreensíveis, tenho margem para planear, organizar, executar e avaliar o meu trabalho	203	3.53	4	4	0.95	1	5
47	O meu desempenho é devidamente reconhecido	204	3.20	3	3	1.01	1	5
48	Os cargos que desempenho contribuem para a minha auto-estima	204	3.61	4	4	0.91	1	5
49	O facto de o utente poder escolher o profissional de saúde dá-me confiança no futuro	204	3.27	3	3	0.87	1	5

50	Posso contar com o apoio do meu superior, sobretudo nos momentos difíceis	203	3.71	4	4	1.06	1	5
51	Há um clima de incerteza relativamente ao futuro, no meu local de trabalho	203	3.49	4	4	1.09	1	5
52	Os rendimentos de que aufero neste Centro de Saúde acompanham a evolução temporal do poder de compra	204	1.95	2	2	0.95	1	5
53	As tarefas que executo não põem em risco a minha saúde e o meu bem estar	204	2.91	3	2	1.06	1	5
54	Não tenho uma ideia clara da forma como o meu trabalho se enquadra e interliga com aquilo que se faz no Centro de Saúde	204	2.40	2	2	0.97	1	5
55	Os colegas dizem-me o que pensam acerca da forma como desempenho o meu trabalho	204	3.19	3	3	0.90	1	5
56	Sinto que tenho futuro no emprego e estabilidade profissional devido ao facto de pertencer aos mapas de pessoal e de ter um vínculo laboral com a instituição	204	2.91	3	3	1.20	1	5
57	Sinto que estou bem pago(a), por comparação com outros funcionários públicos com qualificações e responsabilidades equivalentes	204	1.91	2	1	0.97	1	5
58	Todo o meu trabalho é feito sobre grande pressão, em termos de tempo	204	3.19	3	3	1.15	1	5
59	Não sinto que esteja a ser bem pago (a), por comparação com outros colegas do mesmo grupo profissional neste Centro de Saúde	204	3.02	3	3	1.14	1	5
60	Vale realmente a pena esforçar-me e dar o meu melhor neste Centro de Saúde	204	3.40	4	4	1.00	1	5
61	A relação com os utentes é de apreço e respeito	204	4.00	4	4	0.77	1	5
62	Participo em reuniões multidisciplinares de tomada de decisões que afectam o departamento	203	3.13	3	4	1.15	1	5
63	O utente não valoriza devidamente o meu esforço	204	2.95	3	3	1.20	1	5
64	A relação com outras classes profissionais não fomenta o espírito de equipa	204	2.71	3	2	1.11	1	5
65	Estou bem pago(a), tendo em conta as minhas qualificações/habilitações	204	2.00	2	1	0.97	1	5
66	O meu trabalho é fisicamente desgastante	204	3.33	3	4	1.04	1	5

67	O meu supervisor e/ou superior hierárquico reconhece devidamente o meu desempenho profissional	204	3.51	4	4	0.94	1	5
68	O trabalho que executo permite-me desenvolver os meus conhecimentos e as minhas competências profissionais	204	3.69	4	4	0.78	1	5
69	A forma como os colegas trabalham afecta de forma negativa o meu desempenho	204	2.54	3	3	0.94	1	5
70	Não sinto que seja tratado(a) com "igualdade" e "equidade"	204	2.66	3	3	1.09	1	5
71	O Centro de Saúde oferece oportunidades de promoção	204	2.16	2	3	0.94	1	5
72	A minha opinião é tida em conta na definição dos objectivos e políticas do Centro de Saúde	202	2.62	3	3	1.08	1	5

Uma análise da estatística descritiva da variável que resultou das variáveis associadas à mudança mostra que os médicos têm na variável mudança o valor médio mais elevado ( $\bar{X}=4.07$ ), logo apresentam menos vontade para mudar. As variáveis originais foram invertidas.

Os que apresentam mais satisfação com o trabalho são os técnicos superiores ( $\bar{X}=3.68$ ) seguidos de perto pelos médicos ( $\bar{X}=3.62$ ). Já no que se refere à satisfação com a profissão os valores mais altos são apresentados pelos médicos ( $\bar{X}=3.8$ ).

Todas as profissões discordam que o trabalho seja uma obrigação, com valores baixos para a média ( $\bar{X}$  a variar de 1.43 a 2.09). Em todas as situações o desvio padrão estimado tem valores baixos, em geral inferior a 1 (Quadro 16).

As mulheres desejam menos a mudança ( $\bar{X}=3.85$ ), em contrapartida sentem menos satisfação no trabalho ( $\bar{X}=3.41$ ) e na profissão ( $\bar{X}=3.48$ ) (Quadro 17).

Quadro 16 – Descritivas das variáveis mudança, satisfação trabalho, satisfação na profissão e trabalho como obrigação

		Mudança	Sat. Trabalho	Sat. Profissão	Trab. Obrigação
Médico	Media	4.07	3.62	3.8	1.64
	Mediana	4.33	4	4	1
	Mínimo	1.67	1	1	1
	Máximo	5	5	5	5
	Desv.Estimado	0.92	0.98	0.97	0.93
	N	45	45	45	45
Enfermeiro	Media	3.95	3.3	3.53	1.43
	Mediana	4	4	4	1
	Mínimo	2	1	1	1
	Máximo	5	5	5	3
	Desv.Estimado	0.88	1.09	1.02	0.59
	N	60	60	60	60
Tec. Superior	Media	3.77	3.68	3.37	1.84
	Mediana	4	4	4	2
	Mínimo	2.33	2	1	1
	Máximo	5	5	5	4
	Desv.Estimado	0.84	0.82	1.12	0.83
	N	19	19	19	19
Assist. Técnico	Media	3.59	3.2	3.18	2.02
	Mediana	3.67	3	3	2
	Mínimo	1.67	1	1	1
	Máximo	5	5	5	5
	Desv.Estimado	0.77	1.09	1.13	1.13
	N	46	46	46	46
Assist. Operacional	Media	3.7	3.56	3.59	2.09
	Mediana	4	4	4	2
	Mínimo	1.33	2	1	1
	Máximo	5	5	5	5
	Desv.Estimado	0.94	0.82	0.86	1.19
	N	32	34	34	34

## 4.2 Análise da diferença intergrupos

Quando fazemos o cruzamento entre género e satisfação no trabalho e na profissão, verificamos que os homens se sentem mais satisfeitos já que apresentam média mais elevada ( $\bar{X}=3.49$  e  $\bar{X}=3.68$ ) com desvios mais pequenos ( $\delta=0,94$  e  $\delta=0,96$ ) para um intervalo de confiança da média de 95% (Quadro 18).

Quando cruzamos os dados da profissão, verificamos que a satisfação com o trabalho é maior nos médicos ( $\bar{X}=3.62$ ) e nos técnicos superiores ( $\bar{X}=3.68$ ), com um erro pequeno

(E=0,15 e E=0,14) isto verifica-se num intervalo de confiança da média de 95%. Já no que respeita à satisfação na profissão o médico destaca-se em relação a qualquer outro grupo profissional ( $\bar{X}=3.80$ ) (Quadro 19).

Quadro 17 – Descritivas da mudança, satisfação trabalho e satisfação profissional, por género

		Mudança	Sat. Trabalho	Sat. Profissional
Homem	Media	3.78	3.49	3.62
	Mediana	4	4	4
	Mínimo	1.33	1	1
	Máximo	5	5	5
	Desvio	0.98	0.94	0.96
	N	39	39	39
Mulher	Media	3.85	3.41	3.48
	Mediana	4	4	4
	Mínimo	1.67	1	1
	Máximo	5	5	5
	Desvio	0.86	1.03	1.05
	N	163	165	164
Total	Media	3.84	3.43	3.51
	Mediana	4	4	4
	Mínimo	1.33	1	1
	Máximo	5	5	5
	Desvio	0.88	1.01	1.03
	N	202	204	203

Quadro 18 – Cruzamento entre a satisfação no trabalho e na profissão por género

		n	Media	Desvio	Erro	95%Confiança Intervalo da Media		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
Satisfação Trabalho	Homem	39	3.49	0.94	0.151	3.18	3.79	1	5
	Mulher	165	3.41	1.03	0.08	3.25	3.57	1	5
	Total	204	3.43	1.01	0.071	3.29	3.57	1	5
Satisfação Profissão	Homem	39	3.62	0.96	0.154	3.3	3.93	1	5
	Mulher	164	3.48	1.05	0.082	3.32	3.64	1	5
	Total	203	3.51	1.03	0.072	3.36	3.65	1	5

Em média ( $\bar{X}=0.76$ ) as mulheres faltam mais vezes ao serviço do que os homens, sendo certo que a mesma situação se verifica nas faltas por doença ( $\bar{X}=0.70$ ), onde a diferença é ainda maior, num intervalo de confiança de 95% (Quadro 20).

Quadro 19 - Satisfação no trabalho e na profissão, por grupo profissional

		N	Média	Desvio	Erro	95% Confiança Intervalo da Média		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
Satisfação trabalho	Médico	45	3.62	0.98	0.15	3.33	3.92	1	5
	Enfermeiro	60	3.30	1.09	0.14	3.02	3.58	1	5
	Técnico Sup.	19	3.68	0.82	0.19	3.29	4.08	2	5
	Assistente Téc.	46	3.20	1.09	0.16	2.87	3.52	1	5
	Assistente Ope.	34	3.56	0.82	0.14	3.27	3.85	2	5
	Total	204	3.43	1.01	0.07	3.29	3.57	1	5
Satisfação Profissão	Médico	45	3.80	0.97	0.14	3.51	4.09	1	5
	Enfermeiro	60	3.53	1.02	0.13	3.27	3.80	1	5
	Téc. Sup.	19	3.37	1.12	0.26	2.83	3.91	1	5
	Assistente Téc.	45	3.18	1.13	0.17	2.84	3.52	1	5
	Assistente Ope.	34	3.59	0.86	0.15	3.29	3.89	1	5
	Total	203	3.51	1.03	0.07	3.36	3.65	1	5

Quadro 20 - Faltas ao serviço e faltas por doença, com separação por género

		N	Media	Desvio	Erro	95% Confiança Intervalo da Media		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
Faltas Serviço	homem	39	0.62	1.07	0.17	0.27	0.96	0	4
	mulher	165	0.76	1.27	0.10	0.57	0.96	0	7
	Total	204	0.74	1.24	0.09	0.56	0.91	0	7
Faltas Serviço Doença	homem	39	0.49	0.89	0.14	0.20	0.77	0	4
	mulher	165	0.70	1.17	0.09	0.52	0.88	0	7
	Total	204	0.66	1.12	0.08	0.51	0.82	0	7

Quando estamos a tratar de faltas ao serviço por grupo profissional, verificamos que os que faltam mais em média, são os técnicos superiores ( $\bar{X}=1.21$ ), enquanto os menos faltosos são os assistentes operacionais ( $\bar{X}=0.21$ ), tendo um erro estimado muito baixo ( $E=0.39$  e  $E=0.08$ ), para um intervalo de confiança de (95%). Situação muito semelhante é a que se verifica nas faltas por doença (Quadro 21).

Quadro 21 - Faltas ao serviço e faltas por doença, por grupo profissional

		N	Media	Desvio	Erro	95% Confiança Intervalo da Media		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
Faltas Serviço	Médico	45	0.62	1.01	0.15	0.32	0.92	0	4
	Enfermeiro	60	1	1.34	0.17	0.65	1.35	0	6
	Técnico Superior	19	1.21	1.72	0.39	0.38	2.04	0	6
	Assistente Técnico	46	0.7	1.33	0.2	0.3	1.09	0	7
	Assistente Operacional	34	0.21	0.48	0.08	0.04	0.37	0	2
	Total	204	0.74	1.24	0.09	0.56	0.91	0	7
Faltas Serviço Doença	médico	45	0.47	0.92	0.14	0.19	0.74	0	4
	Enfermeiro	60	0.8	1.12	0.14	0.51	1.09	0	6
	Técnico Superior	19	1.11	1.45	0.33	0.41	1.8	0	4
	Assistente Técnico	46	0.67	1.33	0.2	0.28	1.07	0	7
	Assistente Operacional	34	0.21	0.48	0.08	0.04	0.37	0	2
	Total	204	0.63	1.11	0.08	0.47	0.78	0	7

### 4.3 Aplicação da análise factorial

O início de uma análise factorial começa com a determinação do número de factores que explique com sentido o conjunto de questões iniciais, para se poder estabelecer uma relação dos resultados obtidos nos questionários recebidos na amostra.

A primeira tentativa com todas as variáveis (72) envolvidas revelou a existência de dezoito factores, mas a análise atenta dos dados mostrou que, após o oitavo factor, as variáveis eram em número reduzido e tinham baixa saturação, embora o KMO de 0.786 fosse de considerar razoável, com um valor de 5834.153 (sig.=0.000) no teste de esfericidade de Bartlett, uma variância explicada de 66.66% e comunalidades superiores a 0.5 para todas as variáveis.

Apesar destes resultados animadores, algumas das variáveis apresentavam saturações muito baixas e, em alguns casos, saturavam mais do que um factor. Assim, procedeu-se à

sua eliminação sucessiva, utilizando critérios reconhecidos (Hair et al. 1995). As variáveis foram sendo eliminadas por etapas e as soluções obtidas estudadas.

Inicialmente, eliminaram-se as variáveis com saturações muito baixas ( $<0.4$ ), as que apresentavam comunalidades baixas ( $<0.6$ ), factores com Cronbach alpha abaixo de 0.6 e pouca contribuição para a diferenciação de factores.

Obteve-se um KMO de 0.840, que temos que considerar Bom, com um valor de 2349.697 (sig.=0.000) no teste de esfericidade de Bartlett, uma variância explicada de 62.221%, e comunalidades superiores a 0.5, excepção para uma única variável que teve um valor de 0.487.

Todas as variáveis apresentam valores de saturação nos factores superiores a 0.65 (médio). (Factor 1 média 0.770, Factor 2 média 0.690, Factor 3 média 0.742, Factor 4 média 0.655, Factor 5 média 0.699 e Factor 6 média 0.725).

O valor do Cronbach alpha 0.884 para o Factor 1, 0.801 para o Factor 2, 0.802 para o Factor 3, 0.794 para o Factor 4, 0.698 para o Factor 5 e 0.798 para o Factor 6. Com estes valores de Cronbach alpha, temos que considerar o resultado final da factorização muito satisfatório.

Esta factorização conduziu-nos a seis factores, sendo que cinco são concordantes com os factores do JDI (Bowling Green State University 1997) que são: Work; Pay; Promotion; Supervision; Coworkers. A estes juntou-se mais um factor, com três *items*, que nós classificamos de condições de trabalho e ou atmosfera de trabalho, que estudos mais recentes referem. (Graça, 2000) refere as Relações de Trabalho & Suporte Social.

A relação número de casos/número final de variáveis é de  $204/27 = 7.55$ .

A esta solução foi aplicada uma rotação varimax, que a tornou mais fácil de interpretar mas manteve a ortogonalidade dos factores. As soluções obtidas apresentavam a mesma estrutura e, essencialmente, os mesmos resultados gerais.

A solução final obtida está documentada no Quadro 22. A interpretação é relativamente simples, uma vez que todas as variáveis apresentam saturações acima de 0.53 e estão claramente relacionadas com apenas um dos factores.

O Factor 1 explica 26.23% da variância e é caracterizado por variáveis associadas ao modo como a supervisão é exercida e vista como uma mais valia, ultrapassando todos as



preocupações no exercício da profissão. Uma designação possível será “Liderança e/ou supervisão”. O JDI atribui a esta faceta a designação de “*Supervision*”.

O Factor 2 é caracterizado por variáveis ligadas à “Autonomia e organização do trabalho”. O JDI atribui a esta faceta a designação de “*Work*”.

O Factor 3 está associado ao rendimento auferido e à justiça distributiva, quando comparados com outras classes profissionais “Retribuição”. O JDI atribui a esta faceta a designação de “*Pay*”.

O Factor 4 exprime a necessidade de sentirmos que a nossa criatividade e capacidade de reconhecimento é tida em conta e que isso pode ser valorizado “Desenvolvimento pessoal e futuro”. O JDI atribui a esta faceta a designação de “*Promotion*”.

O Factor 5 está claramente ligado às pessoas e às relações que se estabelecem no local de trabalho “Grupo e relações sociais dentro da organização”. O JDI atribui a esta faceta a designação de “*Coworkers*”.

O Factor 6 está ligado ao ambiente de trabalho, no sentido de que este pode condicionar a produtividade e a satisfação “atmosfera de trabalho”.

Os diversos factores da solução e as respectivas designações estão indicados no Quadro 23.

Grande parte das variáveis originais apresenta médias superiores a 3, como se pode verificar pela leitura do Quadro 24.

O factor 1, que explica 26.24% da variância, é composto por variáveis com a média global mais elevada, como se pode verificar pela análise do Gráfico 2.

Os factores 2 e 6 também apresentam médias relativamente elevadas, sendo os factores “autonomia de trabalho” e “condições de trabalho”, os colaboradores atribuem-lhe um peso muito importante no desempenho da actividade profissional.

Os factores 3, 4 e 5 apresentam médias das variáveis mais baixas, mas ainda assim próximas de 3.

Quadro 22 – Solução da análise factorial.

FACTOR	Saturação	Comun.	Variância Explicada (%)	Variância Explicada Acumulada (%)	Cronbach alpha
<b>Factor 1</b>					
Variável16 – O meu superior hierárquico é competente	0.858	0.807			
Variável09 – O meu superior hierárquico é um bom exemplo a seguir	0.814	0.694			
Variável50 – Posso contar com o apoio do meu superior, sobretudo nos momentos difíceis	0.809	0.759	26.239	26.239	0.884
Variável67 – O meu supervisor e/ou superior hierárquico reconhece devidamente o meu desempenho profissional	0.786	0.752			
Variável22 – A supervisão do meu trabalho é baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência	0.611	0.551			
<b>Factor 2</b>					
Variável43 – Tenho um trabalho interessante e variado	0.779	0.653			
Variável68 – O trabalho que executo permite-me desenvolver os meus conhecimentos e as minhas competências profissionais	0.729	0.609			
Variável48 – Os cargos que desempenho contribuem para a minha auto-estima	0.715	0.61	11.497	37.736	0.801
Variável44 – Estou à vontade para alterar o processo de trabalho, de forma a conseguir fazer o que me é pedido	0.672	0.531			
Variável46 – Dentro de limites compreensíveis, tenho margem para planear, organizar, executar e avaliar o meu trabalho	0.553	0.506			
<b>Factor 3</b>					
Variável29 – Trabalho de mais para aquilo que recebo	-0.763	0.653			
Variável41 – Estou bem pago(a), tendo em conta o meu nível de desempenho profissional	0.759	0.63			
Variável65 – Estou bem pago (a), tendo em conta as minhas qualificações/habilitações	0.757	0.646	7.806	45.542	0.802
Variável57 – Sinto que estou bem pago(a), por comparação com outros funcionários públicos com qualificações e responsabilidades equivalentes	0.747	0.656			
Variável15 – Os rendimentos que aufero neste Centro de saúde não me permitem ter o nível de vida a que tenho direito	-0.684	0.515			
<b>Factor 4</b>					
Variável72 – A minha opinião é tida em conta na definição dos objectivos e políticas do centro de Saúde	0.733	0.617			
Variável71 – O Centro de Saúde oferece oportunidades de promoção	0.672	0.52			
Variável32 – O Centro de Saúde estimula e apoia a criatividade	0.662	0.603	7.123	52.666	0.794
Variável24 – Participo nas decisões do grupo de trabalho relativas ao Centro de Saúde	0.636	0.581			
Variável62 – Participo em reuniões multidisciplinares de tomada de decisões que afectam o departamento	0.567	0.63			
<b>Factor 5</b>					
Variável70 – Não sinto que seja tratado(a) com “igualdade” e “equidade”	0.749	0.613			
Variável69 – A forma como os colegas trabalham afecta de forma negativa o meu desempenho	0.746	0.583	5.17	57.836	0.689
Variável34 – O sistema de turnos a que o local de trabalho obriga não está bem adaptado	0.665	0.487			
Variável64 – A relação com outras classes profissionais não fomenta o espírito de equipa	0.635	0.5			
<b>Factor 6</b>					
Variável02 – Faço parte de uma equipa competente e empenhada	0.763	0.705			
Variável03 – As situações de conflito que podem provocar riscos de stress no trabalho estão salvaguardadas	0.716	0.709	4.385	62.221	0.798
Variável01 – Existe uma orientação clara sobre o funcionamento do serviço e da organização, nomeadamente a nível da execução dos processos de trabalho	0.697	0.679			

Quadro 23 – Descrição dos Factores

Factor	Designação
Factor 1	Liderança e supervisão
Factor 2	Autonomia e realização do trabalho
Factor 3	Remuneração
Factor 4	Desenvolvimento pessoal e futuro
Factor 5	Grupo e relações sociais dentro da organização
Factor 6	Atmosfera e ambiente de trabalho

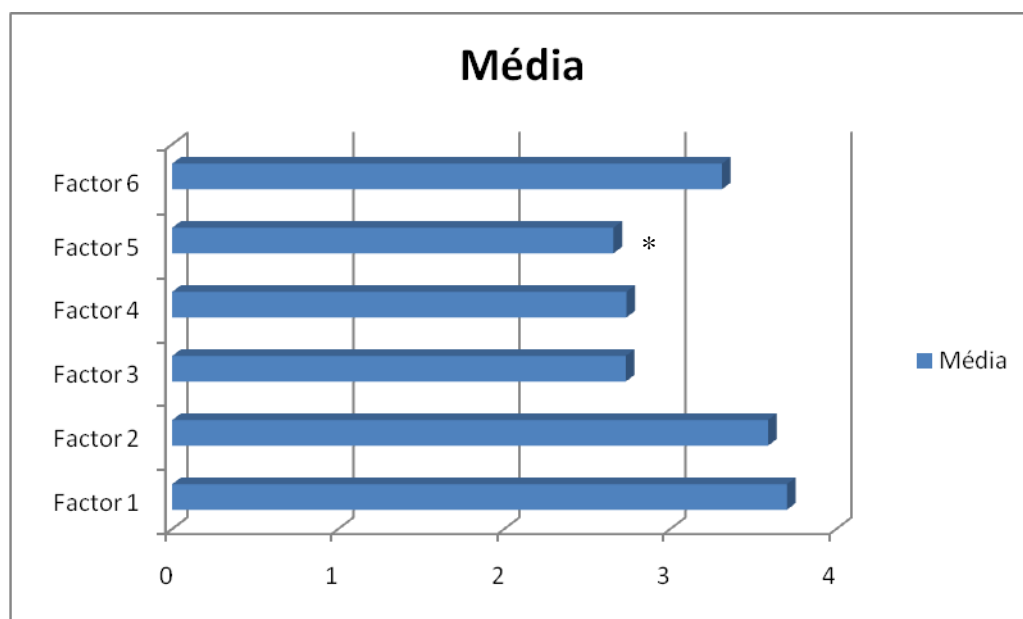


Gráfico 2 - Médias das variáveis originais que compõem cada factor.

\*Variável invertida

Quadro24 - Estatísticas descritivas das variáveis originais retidas.

Estatísticas descritivas				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Variável01	1	5	3.88	1.01
Variável02	1	5	2.88	1.06
Variável03	1	5	3.18	1.17
Variável09	1	5	3.57	1.07
Variável15	1	5	3.82	1.1
Variável16	1	5	3.89	0.89
Variável22	1	5	3.83	0.92
Variável24	1	5	3.07	1.18
Variável29	1	5	3.97	1.01
Variável32	1	5	2.66	1.03
Variável34	1	5	3.7	0.88
Variável41	1	5	1.95	0.98
Variável43	1	5	3.59	0.94
Variável44	1	5	3.53	0.94
Variável46	1	5	3.53	0.95
Variável48	1	5	3.61	0.91
Variável50	1	5	3.71	1.06
Variável57	1	5	1.92	0.97
Variável62	1	5	3.14	1.15
Variável64	1	5	2.71	1.11
Variável65	1	5	2.00	0.97
Variável67	1	5	3.53	0.94
Variável68	1	5	3.69	0.78
Variável69	1	5	2.55	0.94
Variável70	1	5	2.68	1.09
Variável71	1	5	2.18	0.94
Variável72	1	5	2.63	1.08

#### 4.4 Aplicação da análise de regressão linear

Análise da regressão é uma técnica usada para análise dos dados numéricos da variável dependente e de uma ou mais variáveis independentes.

##### 4.4.1 Aplicação da análise de regressão linear à satisfação no trabalho

Os resíduos não aumentam ou diminuem com os valores da variável em torno do zero, logo a variância constante dos resíduos não é alterada. Uma análise destes resultados

mostra que os valores da tolerância são superiores a 0.1 e os de VIF muito inferiores a 10. Atendendo à dimensão da amostra e ao valor de Durbin-Watson (próximo 2) podemos concluir que a variância é nula. Esta situação verifica-se para todos os grupos profissionais.

A dimensão autonomia, (Beta=0.61), é a que mais contribui para a satisfação no trabalho dos médicos (sig.=0.03), conforme Quadro 25, sendo também esta a dimensão (Beta=0.81), que mais contribui mais para a satisfação no trabalho dos técnicos superiores (sig.=0.02), conforme Quadro 27.

A dimensão relações sociais e organização, (Beta=-0.63) é a que mais contribui de forma negativa para a satisfação no trabalho dos enfermeiros (sig.<0.001). As perguntas que originaram este factor estavam colocadas pela negativa (Quadro 26).

As dimensões desenvolvimento pessoal e futuro (Beta=0.35) e autonomia (Beta=0.43), são as que contribuem mais para a satisfação do trabalho nos assistentes técnicos. Estes resultados são meros indicadores, porque não são estatisticamente significativos (Quadro 28).

As dimensões liderança (Beta=0.40) e remuneração (Beta=0.30) são as que contribuem mais para a satisfação do trabalho nos assistentes operacionais (Quadro 29). Estes valores são apenas indicadores. R quadrado ajustado é baixo e não têm significado estatístico.

Quadro 25 - Satisfação no trabalho - Médicos

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.							Tolerância	VIF
(Satisfação no trabalho)	-0.70	1.04		-0.68	0.50	0.4	3.93 0.004	1,96		
Liderança	0.10	0.23	0.08	0.44	0.66				0.48	2.10
Autonomia	0.61	0.27	0.41	2.22	0.03				0.49	2.06
Remuneração	0.14	0.16	0.11	0.85	0.4				0.94	1.07
Desenvolvimento Pessoal e Futuro	-0.08	0.23	-0.06	-0.34	0.74				0.51	1.95
Relações Sociais e Organização	0.19	0.20	0.14	0.98	0.34				0.81	1.24
Atmosfera e Ambiente trabalho	0.36	0.21	0.29	1.71	0.10				0.6	1.67

Quadro 26 - Satisfação Trabalho - Enfermeiros

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.							Tolerância	VIF
(Satisfação no trabalho)	2.88	0.96		2.99	0.00	0.62	14.17 0.000	2.22		
Liderança	0.06	0.15	0.04	0.39	0.7				0.57	1.76
Autonomia	-0.09	0.22	-0.05	-0.41	0.68				0.48	2.08
Remuneração	0.07	0.2	0.03	0.33	0.75				0.89	1.12
Desenvolvimento Pessoal e Futuro	0.25	0.16	0.19	1.54	0.13				0.49	2.02
Relações Sociais e Organização	-0.63	0.15	-0.44	-4.29	0.00				0.7	1.44
Atmosfera e Ambiente trabalho	0.37	0.16	0.32	2.31	0.02				0.39	2.58

Quadro 27 - Satisfação Trabalho – Técnicos Superiores

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.							Tolerância	VIF
(Satisfação no trabalho)	-1.42	1.52		-0.93	0.37	0.55	4.61 0.012	1.74		
Liderança	0.39	0.29	0.38	1.35	0.20				0.32	3.12
Autonomia	0.81	0.30	0.48	2.71	0.02				0.79	1.26
Remuneração	0.39	0.24	0.33	1.61	0.13				0.60	1.67
Desenvolvimento Pessoal e Futuro	0.40	0.25	0.32	1.59	0.14				0.64	1.55
Relações Sociais e Organização	-0.22	0.22	-0.18	-0.99	0.34				0.78	1.28
Atmosfera e Ambiente trabalho	-0.28	0.32	-0.26	-0.87	0.40				0.27	3.70

Quadro 28 - Satisfação Trabalho – Assistentes Técnicos

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.							Tolerância	VIF
(Satisfação no trabalho)	0.10	1.42		0.07	0.94	0.19	2.63 0.032	2.18		
Liderança	-0.11	0.34	-0.08	-0.33	0.75				0.31	3.23
Autonomia	0.43	0.32	0.25	1.35	0.19				0.57	1.75
Remuneração	0.01	0.24	0.01	0.06	0.96				0.86	1.16
Desenvolvimento Pessoal e Futuro	0.35	0.29	0.25	1.19	0.24				0.45	2.20
Relações Sociais e Organização	0.00	0.32	0.00	0.01	0.99				0.72	1.39
Atmosfera e Ambiente trabalho	0.33	0.26	0.27	1.29	0.21				0.44	2.30

Quadro 29 - Satisfação Trabalho – Assistentes Operacionais

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.							Tolerância	VIF
(Satisfação no trabalho)	0.43	1.43		0.3	0.77	-0.04	0.83	1.71		
Liderança	0.42	0.27	0.37	1.55	0.14				0.66	1.51
Autonomia	-0.05	0.24	-0.05	-0.22	0.83				0.62	1.61
Remuneração	0.3	0.23	0.3	1.29	0.21				0.67	1.49
Desenvolvimento Pessoal e Futuro	0.22	0.24	0.21	0.92	0.37				0.73	1.38
Relações Sociais e Organização	0.09	0.22	0.09	0.43	0.67				0.85	1.18
Atmosfera e Ambiente trabalho	0.04	0.19	0.06	0.23	0.82				0.59	1.69

#### 4.4.2 Aplicação da análise de regressão linear à satisfação profissional

Os resíduos não aumentam ou diminuem com os valores da variável em torno do zero, logo a variância constante dos resíduos não é alterada. Uma análise destes resultados mostra que os valores da tolerância são superiores a 0.1 e os de VIF muito inferiores a 10. Atendendo à dimensão da amostra o valor de Durbin-Watson (próximo 2) podemos concluir que a variância é nula. Esta situação verifica-se em todos os grupos profissionais.

A dimensão autonomia (Beta= 0.70) é a que contribui mais para a satisfação na profissão dos médicos (sig.=0.03) conforme Quadro 30.

A dimensão autonomia (Beta=0.59) é a mais contribui para a satisfação na profissão dos enfermeiro (sig.=0.04), conforme Quadro 31.

A dimensão desenvolvimento pessoal e futuro (Beta=0.83), é a que contribui para a satisfação na profissão dos técnicos superiores. Valor de significância baixo (sig.=0.07) Quadro 32.



A autonomia (Beta=0.65), é a que mais contribui para a satisfação na profissão dos assistentes técnicos (sig.=0.05), conforme Quadro 33.

A dimensão liderança (Beta=0.43) é a que contribui para a satisfação na profissão dos assistentes operacionais. Valor de significância muito baixo (sig.=0.08) Quadro 34.

Quadro 30 – Satisfação Profissão – Médicos

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.	Beta						Tolerância	VIF
(Satisfação Profissional)	0.27	1.11		0.25	0.81	0.22	2.97 0.018	2.55		
Liderança	0.15	0.24	0.12	0.63	0.53				0.48	2.10
Autonomia	0.70	0.29	0.47	2.43	0.02				0.49	2.06
Remuneração	0.20	0.17	0.17	1.19	0.24				0.94	1.07
Desenvolvimento Pessoal e Futuro	-0.01	0.24	-0.01	-0.06	0.96				0.51	1.95
Relações Sociais e Organização	0.32	0.21	0.23	1.5	0.14				0.81	1.24
Atmosfera e Ambiente trabalho	-0.22	0.22	-0.18	-0.99	0.33				0.6	1.67

Quadro31 – Satisfação Profissão – Enfermeiros

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.	Beta						Tolerância	VIF
(Satisfação Profissional)	2.32	1.21		1.91	0.06	0.21	3.66 0.004	1.97		
Liderança	-0.35	0.19	-0.29	-1.91	0.06				0.57	1.76
Autonomia	0.59	0.28	0.36	2.14	0.04				0.48	2.08
Remuneração	-0.01	0.25	-0.01	-0.06	0.95				0.89	1.12
Desenvolvimento Pessoal e Futuro	0.3	0.21	0.24	1.47	0.15				0.49	2.02
Relações Sociais e Organização	-0.29	0.19	-0.22	-1.58	0.12				0.7	1.44
Atmosfera e Ambiente trabalho	0.05	0.2	0.04	0.23	0.82				0.39	2.58

Quadro 32 – Satisfação Profissão – Técnicos Superiores

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.	Beta						Tolerância	VIF
(Satisfação Profissional)	0.03	2.54		0.01	0.99	0.31	2.35 0.098	1.67		
Liderança	0.59	0.48	0.42	1.22	0.25				0.32	3.12
Autonomia	-0.07	0.50	-0.03	-0.14	0.89				0.79	1.26
Remuneração	0.50	0.41	0.31	1.22	0.24				0.60	1.67
Desenvolvimento Pessoal e Futuro	0.83	0.42	0.49	2.00	0.07				0.64	1.55
Relações Sociais e Organização	-0.25	0.37	-0.15	-0.66	0.52				0.78	1.28
Atmosfera e Ambiente trabalho	-0.45	0.54	-0.31	-0.83	0.43				0.27	3.70

Quadro 33 – Satisfação Profissão – Assistentes Técnicos

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.	Beta						Tolerância	VIF
(Satisfação Profissional)	-0.75	1.39		-0.54	0.59	0.3	3.9 0.004	1.58		
Liderança	0.17	0.33	0.12	0.50	0.62				0.31	3.26
Autonomia	0.65	0.31	0.36	2.06	0.05				0.57	1.77
Remuneração	0.27	0.23	0.16	1.16	0.25				0.86	1.16
Desenvolvimento Pessoal e Futuro	0.14	0.29	0.09	0.48	0.64				0.45	2.21
Relações Sociais e Organização	-0.12	0.31	-0.06	-0.38	0.7				0.73	1.37
Atmosfera e Ambiente trabalho	0.19	0.26	0.15	0.73	0.47				0.41	2.42

Quadro34 – Satisfação Profissão – Assistentes Operacionais

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.	Beta						Tolerância	VIF
(Satisfação Profissional)	0.15	1.25		0.12	0.90	0.08	1.41 0.256	2.20		
Liderança	0.43	0.24	0.40	1.81	0.08				0.66	1.51
Autonomia	0.14	0.21	0.15	0.64	0.53				0.62	1.61
Remuneração	0.20	0.20	0.22	0.98	0.34				0.67	1.49
Desenvolvimento Pessoal e Futuro	0.17	0.21	0.17	0.79	0.44				0.73	1.38
Relações Sociais e Organização	0.20	0.19	0.21	1.08	0.29				0.85	1.18
Atmosfera e Ambiente trabalho	-0.07	0.16	-0.10	-0.43	0.67				0.59	1.69

#### 4.4.3 Aplicação da análise de regressão linear à mudança

A mudança “*turnover*” era uma das questões do nosso estudo. O que será que acontece quando a satisfação no trabalho ou na profissão começam a ser influenciados e atingem valores considerados baixos.

Os resíduos não aumentam ou diminuem com os valores da variável em torno do zero, logo a variância constante dos resíduos não é alterada. Uma análise destes resultados mostra que os valores da tolerância são superiores a 0.1 e os de VIF muito inferiores a 10. Atendendo à dimensão da amostra o valor de Durbin-Watson (próximo 2) podemos concluir que a variância é nula. Esta situação verifica-se em todos os grupos profissionais.

A vontade de mudança nos médicos depende da satisfação com o trabalho (Beta=0.58 (sig.< 0.001). Situação muito semelhante acontece com os enfermeiros, em que a vontade de mudança depende da satisfação no trabalho (Beta=0.44), com uma (sig.<0.001).

Os restantes grupos profissionais não apresentam resultados com significado estatístico. Estes resultados estão expressos nos Quadro 35, Quadro 36, Quadro 37, Quadro 38 e Quadro 39.

Quadro 35 - Variável dependente: Mudança – Médicos

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.	Beta						Tolerância	VIF
(Mudança)	1.80	0.47		3.85	0.00	0.40	15.49	1.91		
Sat. Trabalho	0.58	0.14	0.62	4.09	0.00				0.60	1.68
Sat. Profissional	0.05	0.14	0.05	0.32	0.75				0.60	1.68

Quadro 36 - Variável dependente: Mudança – Enfermeiros

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.							Tolerância	VIF
(Mudança)	2.54	0.37		6.77	0.00	0.26	11.61	2.03		
Sat. Trabalho	0.44	0.11	0.54	3.95	0.00				0.66	1.52
Sat. Profissional	-0.01	0.12	-0.01	-0.08	0.94				0.66	1.52

Quadro 37 - Variável dependente: Mudança – Técnicos Superiores

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.							Tolerância	VIF
(Mudança)	1.66	0.79		2.09	0.05	0.24	3.85	2.61		
Sat. Trabalho	0.49	0.29	0.48	1.70	0.11				0.54	1.86
Sat. Profissional	0.10	0.21	0.13	0.45	0.66				0.54	1.86

#### 4.4.4 Médias das dimensões e das variáveis associadas à satisfação, à mudança e ao absentismo

Pela análise comparativa das médias obtidas nos factores e nas variáveis associadas à satisfação, ao absentismo e à mudança, ficamos com uma informação geral sobre a maneira como estes profissionais sentem a satisfação e as consequências que daí retiram para o trabalho.

A classe profissional que mais falta ao serviço são os técnicos superiores, logo seguidos pelos enfermeiros. Os menos faltosos são os assistentes operacionais.

Quadro 38 - Variável dependente: Mudança – Assistentes Técnicos

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.	Beta						Tolerância	VIF
(Mudança)	2.73	0.36		7.59	0.00	0.10	3.35	2.44		
Sat. Trabalho	0.10	0.16	0.14	0.65	0.52				0.42	2.38
Sat. Profissional	0.17	0.15	0.25	1.13	0.27				0.42	2.38

Quadro 39 - Variável dependente: Mudança – Assistentes Operacionais

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandarizados	t	sig.	R <sup>2</sup> Ajustado	F (sig.)	Durbin-Watson	Estatísticas Colinearidade	
	B	Erro Est.	Beta						Tolerância	VIF
(Mudança)	3.37	0.85		3.95	0.00	0.01	1.12	1.76		
Sat. Trabalho	0.31	0.22	0.28	1.42	0.17				0.83	1.20
Sat. Profissional	-0.22	0.21	-0.20	-1.03	0.31				0.83	1.20

Quem apresenta mais satisfação com o trabalho são os técnicos superiores, que baixam na satisfação com a profissão. Os médicos são os que estão mais satisfeitos com a profissão. Os assistentes técnicos são os que de sentem menos satisfeitos.

É oportuno referir, que nas variáveis satisfação, numa escala de 1 a 5, temos médias gerais de ( $\bar{X}$ =3.43) para a satisfação no trabalho e de ( $\bar{X}$ =3.51) para a satisfação na profissão.

Quem menos interessado está na mudança são os médicos ( $\bar{X}$ =4.07), sendo os assistentes técnicos aqueles que mais a desejam ( $\bar{X}$ =3.59).

Podemos observar que, na dimensão liderança, quem apresenta média mais elevada são os assistentes operacionais ( $\bar{X}=3.96$ ), enquanto que o oposto se verifica nos médicos ( $\bar{X}=3.44$ ). No geral, todos os grupos profissionais têm média elevada.

A remuneração é o factor com a média mais baixa em todas as classes profissionais (média geral  $\bar{X}=2.02$ ), sendo ainda assim os médicos e os técnicos superiores os que apresentam a média mais elevada ( $\bar{X}=2.36$ ).

Na autonomia e realização do trabalho, também obtivemos médias altas, sendo o valor mais elevado o dos técnicos superiores ( $\bar{X}=3.84$ ). No oposto, o valor mais baixo é o dos assistentes técnicos ( $\bar{X}=3.44$ ).

No desenvolvimento pessoal e futuro, os valores também são baixos, ainda que apresentem uma ligeira melhoria em relação à remuneração. O valor mais alto é apresentado pelos enfermeiros e é de ( $\bar{X}=2.93$ ).

O grupo e relações sociais dentro da organização também apresenta valores baixos, mas aqui devem ser interpretados de forma diferente, pois as variáveis originais foram apresentadas pela negativa. Assim, o valor mais elevado é apresentado pelos enfermeiros seguido de muito perto pelos médicos.

A autonomia e ambiente de trabalho apresenta uma média geral de ( $\bar{X}=3.31$ ). É de considerar um valor muito baixo nos assistentes operacionais de ( $\bar{X}=2.87$ ).

Os médicos têm no ambiente de trabalho a média mais elevada de todos os grupos profissionais ( $\bar{X}=3.44$ ), Quadro 40, Gráfico 3 e Quadro 41.

Os homens apresentam mais satisfação com o trabalho ( $\bar{X}=3.49$ ) e com a profissão ( $\bar{X}=3.62$ ) e atribuem um valor mais alto ao factor remuneração ( $\bar{X}=2.09$ ), o desenvolvimento futuro e o grupo. As mulheres apresentam valores de satisfação mais baixos, têm menor vontade de mudança ( $\bar{X}=3.85$ ), percebem mais a liderança ( $\bar{X}=3.77$ ) e a autonomia ( $\bar{X}=3.60$ ) como adequadas. Apresentam valores mais elevados no absentismo ( $\bar{X}=0.76$  e  $0.70$ ) (Quadro 42 e Gráfico 4).

Quadro 40 – Resumo das medidas mais relevantes por grupo profissional (Médias)

	Faltas ao serviço	Faltas Serviço Doença	Sat. Trab.	Sat. Prof.	Mud- ança	Lide- rança	Autono- mia e realização	Remune- ração	Des. Pessoal Futuro	Grupo Rela. Sociais	Atmosf. Amb. Trab.
Médicos	0.62	0.47	3.62	3.80	4.07	3.44	3.57	2.36	2.92	2.47	3.44
Enf.	1.00	0.80	3.30	3.53	3.95	3.79	3.81	1.56	2.93	2.46	3.41
Tec. Sup.	1.21	1.11	3.68	3.37	3.77	3.75	3.84	2.36	2.83	2.57	3.39
A. Técn.	0.70	0.67	3.20	3.18	3.59	3.63	3.34	2.00	2.50	2.83	3.35
A. Ope.	0.21	0.41	3.56	3.59	3.70	3.96	3.44	2.21	2.38	3.09	2.87
Total	0.74	0.66	3.43	3.51	3.84	3.70	3.60	2.02	2.73	2.66	3.31

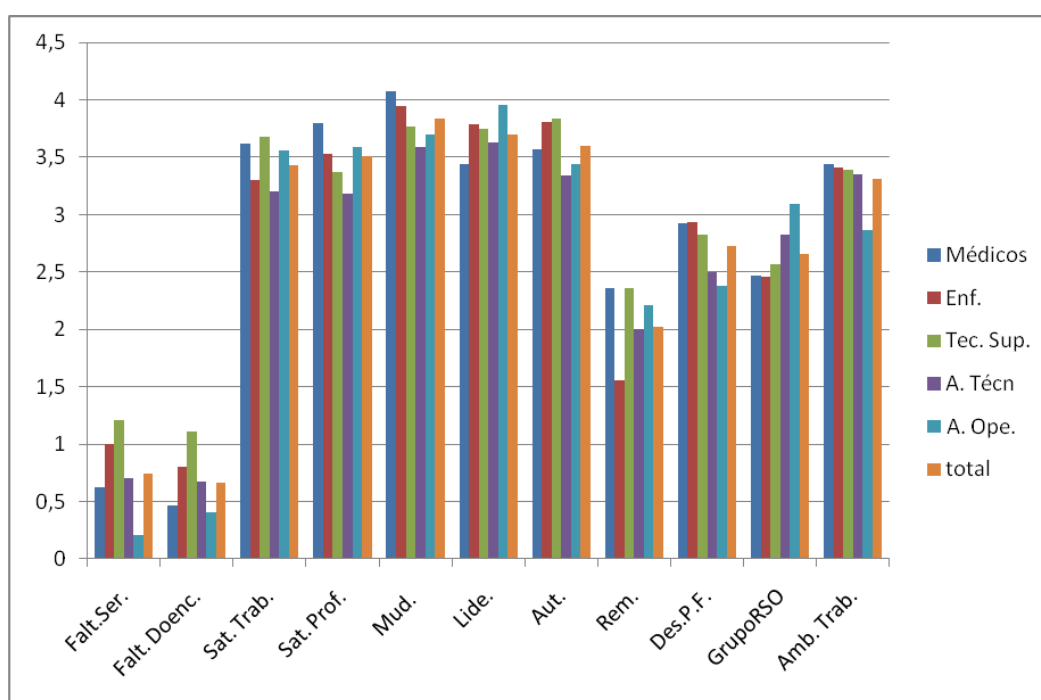


Gráfico 3 - Resumo das medidas mais relevantes por grupo profissional



Quadro 41 – Tratamento estatístico das dimensões por grupo profissional

						95% Conf. Int. Média			
		N	Média	Desvio	Erro	Limite Inferior	Limite Superior	Mini- mo	Maxi- mo
Liderança e supervisão	Médico	44	3.44	0.80	0.,12	3.20	3.69	1.20	5.00
	Enfermeiro	60	3.79	0.84	0.11	3.57	4.01	1.00	5.00
	Técnico Sup.	19	3.75	0.80	0.18	3.36	4.13	1.80	5.00
	Assist. Téc.	46	3.63	0.81	0.12	3.39	3.87	1.80	5.00
	Assist. Ope.	34	3.96	0.66	0.11	3.73	4.20	2.60	5.00
	Total	203	3.70	0.80	0.06	3.59	3.81	1.00	5.00
Autonomia e realização do trabalho	médico	45	3.57	0.69	0.10	3.36	3.78	2.00	5.00
	Enfermeiro	60	3.81	0.61	0.08	3.65	3.97	2.20	5.00
	Técnico Sup.	19	3.84	0.49	0.11	3.61	4.08	2.80	4.80
	Assist. Téc.	45	3.34	0.63	0.09	3.15	3.53	2.00	4.80
	Assist. Ope.	32	3.44	0.76	0.13	3.17	3.72	1.60	4.60
	Total	201	3.60	0.67	0.05	3.50	3.69	1.60	5.00
Remuneração	médico	45	2.36	0.82	0.12	2.11	2.61	1.00	4.40
	Enfermeiro	60	1.56	0.49	0.06	1.43	1.69	1.00	2.80
	Técnico Sup.	19	2.36	0.69	0.16	2.02	2.69	1.00	3.80
	Assist. Téc.	46	2.00	0.70	0.10	1.79	2.21	1.00	3.20
	Assist. Ope.	34	2.21	0.77	0.13	1.94	2.47	1.00	4.00
	Total	204	2.02	0.75	0.05	1.91	2.12	1.00	4.40
Desenvolvimento pessoal e futuro	médico	44	2.92	0.79	0.12	2.68	3.16	1.20	4.40
	Enfermeiro	60	2.93	0.81	0.10	2.72	3.14	1.00	4.80
	Técnico Sup.	19	2.83	0.65	0.15	2.52	3.15	2.00	3.80
	Assist. Téc.	45	2.50	0.77	0.11	2.27	2.73	1.00	4.00
	Assist. Ope.	32	2.38	0.74	0.13	2.11	2.64	1.00	4.80
	Total	200	2.73	0.80	0.06	2.62	2.84	1.00	4.80
Grupo e relações sociais dentro da organização	médico	45	2.47	0.71	0.11	2.26	2.68	1.00	4.50
	Enfermeiro	60	2.46	0.76	0.10	2.26	2.65	1.00	4.00
	Técnico Sup.	19	2.57	0.66	0.15	2.25	2.88	1.75	4.25
	Assist. Téc.	45	2.83	0.57	0.09	2.66	3.01	1.50	4.25
	Assist. Ope.	33	3.09	0.75	0.13	2.82	3.36	1.50	4.50
	Total	202	2.66	0.73	0.05	2.56	2.76	1.00	4.50
Atmosfera e ambiente de trabalho	médico	45	3.44	0.79	0.12	3.21	3.68	1.00	4.67
	Enfermeiro	60	3.41	0.93	0.12	3.17	3.65	1.33	5.00
	Técnico Sup.	19	3.39	0.77	0.18	3.01	3.76	2.00	4.33
	Assiste. Téc.	46	3.35	0.92	0.14	3.07	3.62	1.00	5.00
	Assist. Ope.	34	2.87	1.02	0.17	2.52	3.23	1.00	5.00
	Total	204	3.31	0.91	0.06	3.19	3.44	1.00	5.00

Quadro 42 - Resumo das medidas mais relevantes por género (médias)

	Faltas ao serviço	Faltas Serviço Doença	Sat. Trab.	Sat. Prof.	Mudança	Lide- rança	Autono- mia	Remune- ração	Des. Pessoal Futuro	Grupo Rel. Sociais	Amb. Trab.
Homem	0.62	0.49	3.49	3.62	3.78	3.43	3.58	2.09	2.78	2.87	3.28
mulher	0.76	0.70	3.41	3.48	3.85	3.77	3.60	2.00	2.72	2.61	3.32
total	0.74	0.66	3.43	3.51	3.84	3.70	3.60	2.02	2.73	2.66	3.31

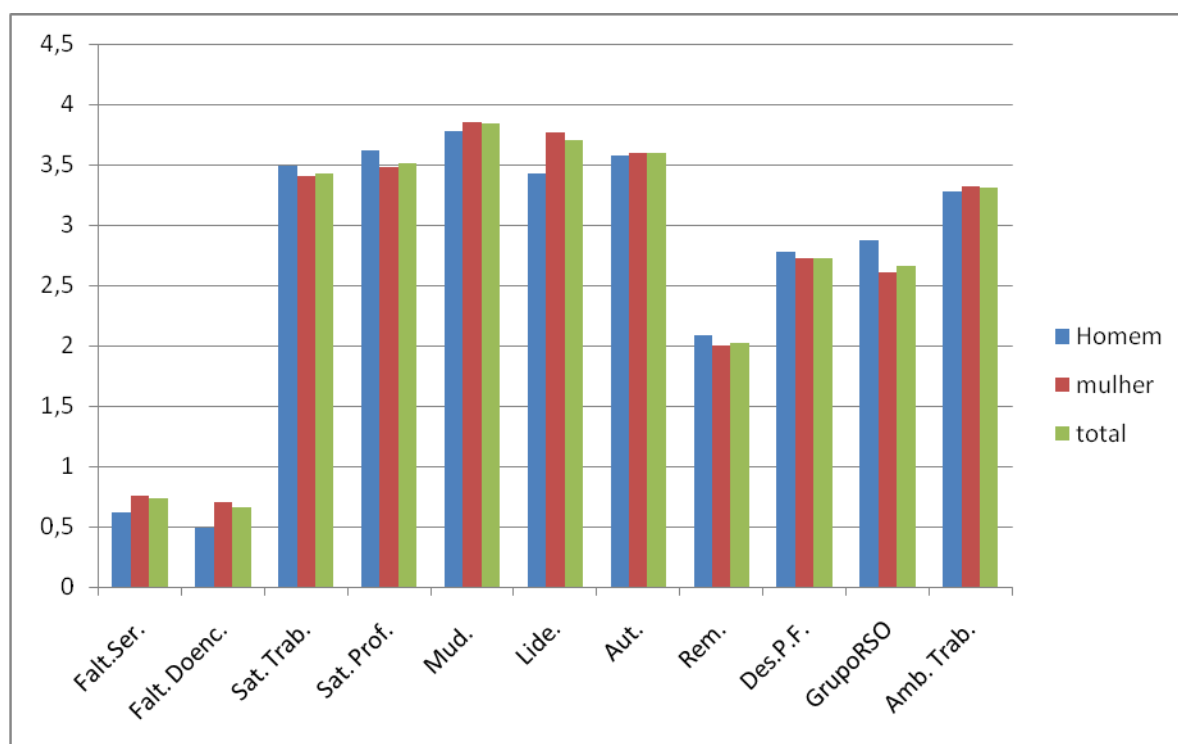


Gráfico 4 - Resumo das medidas mais relevantes por género

## **5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

Neste trabalho, propusemo-nos avaliar a satisfação dos profissionais do ACES Baixo Vouga II, bem como estudar as razões que condicionam a satisfação e o impacto na vontade de mudança. Dada a escassez de estudos em Portugal, a pesquisa bibliográfica focou-se, sobretudo, em trabalhos científicos internacionais.

Assim sendo, este trabalho possui um carácter exploratório, tendo sido necessário desenhar, praticamente, toda a estrutura da parte empírica.

Neste capítulo, vamos discutir os resultados e analisar até que ponto os objectivos foram alcançados e a metodologia utilizada foi a adequada

### **5.1 Discussão dos resultados**

Atendendo aos grupos profissionais envolvidos e ao pouco tempo que os mesmos têm disponível, temos que considerar que o número de questionários válidos é muito significativo.

Após o tratamento estatístico dos resultados obtidos pela aplicação dos questionários de avaliação, ficaram reunidas as condições de verificação do cumprimento dos pressupostos que motivaram a realização do trabalho de investigação.

Conforme indicado nos objectivos, uma das hipóteses colocadas para investigação era a determinação das razões que condicionam a satisfação dos trabalhadores dos centros de saúde, enquanto profissionais dos cuidados de saúde primários.

Pelos resultados obtidos na análise factorial, podemos afirmar que existem seis dimensões do trabalho que condicionam a satisfação e que os resultados induzem: liderança e supervisão; autonomia e realização de trabalho; remuneração; desenvolvimento pessoal e futuro; grupo e relações sociais dentro da organização; e atmosfera e ambiente de trabalho.

Não sendo resultados de todo concordantes com a hipótese inicial de nove dimensões, aproximam-se muito em conteúdo.

Quando se realizam trabalhos de investigação relacionados com a satisfação pode ser difícil obter dimensões coincidentes, pois todos os trabalhos têm situações próprias que podem condicionar e fazer variar o trabalho objectivado.

Em termos de estrutura geral (Factores), a escala geral aproxima-se do JDI, que é a medida de caracterização do trabalho mais extensamente usada em todo o mundo, estando traduzido em nove línguas diferentes tendo sido utilizado em, pelo menos, dezassete países (Buckley, citado por Stanton et al. 2001). No entanto, as variáveis que compõem os factores nem sempre concordam com as variáveis da dimensão do JDI.

Stanton et al. (2001) realizou alguns estudos com o objectivo de desenvolver uma versão reduzida “abridged”, que consiste em encurtar as escalas das medidas do JDI da satisfação do trabalho, preservando as suas qualidades e características, que o tornaram num instrumento útil aos investigadores e responsáveis das organizações.

No Quadro 2 temos o JDI em versão reduzida, mantendo as cinco dimensões da satisfação: trabalho; pagamento; promoção; supervisão; relações com os colegas. Cada dimensão é avaliada com cinco questões.

Como já referido anteriormente, a factorização conduziu-nos a 6 factores de descrição das características do trabalho, que depois relacionámos com a satisfação: liderança e supervisão; autonomia e realização de trabalho; remuneração; desenvolvimento pessoal e futuro; grupo e relações sociais dentro da organização; atmosfera e ambiente de trabalho.

Cinco destes factores são coincidentes com as escalas do JDI (Bowling Green State University 1997). Os nossos resultados adicionaram mais um factor (factor 6), atmosfera e ambiente de trabalho, que estudos mais recentes referem. Graça (1999) refere as Relações de Trabalho & Suporte Social (Quadro 22).

O Factor 1, que explica 26.239% da variância, é composto por variáveis com a média global mais elevada, como se pode verificar pela análise do Gráfico 2, o que indica que um grande número de colaboradores percebe a supervisão como adequada no seu desempenho profissional. Os colaboradores concordam com a liderança e supervisão.

Os factores 2 e 6 também apresentam médias relativamente elevadas, sendo os factores “autonomia de trabalho” e “condições de trabalho”, aqueles a que os colaboradores consideram reunir condições para desempenho da actividade profissional. O factor 6 tem

uma variância explicada baixa 4.385%, significando que os colaboradores concordam muito, mas são em pequeno número..

Os factores 3 e 4 apresentam médias das variáveis baixas, mas ainda assim próximas de 3. As pessoas concordam menos com a remuneração recebida, e cotaram com um valor relativamente baixo as condições criadas para o seu bom desenvolvimento pessoal e futuro.

O factor 5 tendo média baixa significa que as pessoas têm boas relações sociais dentro da organização, já que as variáveis estão invertidas.

Quando fazemos a análise pelas médias das dimensões obtidas, verificamos que os assistentes técnicos apresentam na dimensão liderança e supervisão a média mais elevada, já os médicos apresentam o valor mais baixo. Esta dimensão apresenta valores relativamente altos, média total elevada. A diferença entre o limite superior e o limite inferior de 95% do intervalo de confiança é baixo, tal como o erro.

Os empregados esperam que os seus supervisores sejam atenciosos (o que inclui facilitar o alcance de seus valores), justos, competentes, que reconheçam e recompensem o bom desenvolvimento e permitam alguma participação no processo de tomada de decisões (Martinez et al, 2003). Avaliando esta definição é fácil de compreender que sejam as carreiras com menor poder de decisão a valorizar mais a supervisão.

A autonomia e realização no trabalho também apresenta valores médios elevados nesta dimensão. Quem apresenta os valores mais elevados são os técnicos superiores e os enfermeiros. O valor mais baixo é apresentado pelos assistentes operacionais.

Na dimensão remuneração temos valores muito baixos para todos os grupos profissionais. Parece ser opinião generalizada que os profissionais se sentem mal remunerados. De referir que os que apresentam valores mais elevados são os médicos e os técnicos superiores.

A remuneração percebida pelos empregados tem sido considerada como um factor importante no que se refere à satisfação com o emprego no ambiente de trabalho, principalmente quando o assunto é tratado sob uma perspectiva de sistemas de recompensa (Silva et al, 2003).

Hespanhol (2008), no seu trabalho Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João 2007 e comparação com 2001 a 2006, refere que a questão referida como causadora de maior insatisfação foi, nos administrativos e auxiliares de apoio e vigilância, o vencimento.

No desenvolvimento pessoal e futuro, também temos valores muito baixos. Os profissionais não sentem que o Centro de saúde lhes garanta condições de desenvolvimento futuro. Médias inferiores a três em todos os grupos profissionais.

Na dimensão grupo e relações sociais dentro da organização, a situação melhora uma vez que a média é baixa. Como as perguntas de descrição do trabalho que lhe deram origem estão colocadas pela negativa, significa que existem boas relações sociais e grupais dentro da organização. O valor mais baixo é apresentado pelos médicos, correspondendo ao grupo que concorda mais que existem boas relações de trabalho dentro da organização.

Na atmosfera e o ambiente de trabalho os valores são superiores a três, com excepção dos assistentes operacionais. Quem tem a média mais elevada são os médicos (Quadro 19).

Outra das hipóteses colocadas no projecto de investigação, foi no sentido de perspectivar as vontades futuras de mudança. Pelos resultados obtidos e depois de “criada” a variável mudança, podemos afirmar que existe vontade de mudança. Mais acentuada nos assistentes técnicos e nos assistentes operacionais (Quadro 16).

Quando a mudança é avaliada pelo género, verificamos que as mulheres desejam menos a mudança (Quadro 17).

Quando procedemos a uma análise detalhada, verificamos que os médicos são a classe profissional que apresenta menos propensão para a mudança (Quadro 16). Os médicos têm uma das profissões e carreiras mais valorizadas em termos sociais e financeiros, logo é aceitável que apresentem menos vontade de mudar. Os enfermeiros são a classe que se segue com menos disposição para a mudança. Esta situação pode dever-se ao facto de ser uma carreira que tem estado a ser valorizada perante a sociedade.

No pólo oposto encontram-se os assistentes técnicos. Hoje em dia, estes profissionais já tem uma formação e conhecimentos técnicos e científicos compatíveis com o desenvolvimento de actividades mais compensadoras, assim é natural a vontade de mudança. Será a mudança a solução para os nossos problemas enquanto profissionais?

Paulo Ladeira (2010) refere que, num curto espaço de tempo, o turnover traz aumento salarial para o profissional. O que, não significa necessariamente crescimento e reconhecimento. A longo prazo, pode prejudicar o profissional colocando-o, com um bom salário, mas em níveis de reconhecimento menores quando comparado com outros profissionais mais antigos.

Como consequências mais graves da insatisfação profissional são apontadas a maior vontade de abandonar a profissão, nomeadamente pela aposentação (“estou à espera da reforma”) (Santos et al, 2007).

Martins et al (2003) chegou a resultados semelhantes, em que a vontade de mudança era menor nos médicos e maior nos administrativos. Assim, 3.7% dos médicos não voltariam a escolher a mesma profissão, 27.8% a mesma carreira, 27.8% o centro de saúde como local de trabalho principal. Também 12.5% dos enfermeiros e 41.2% dos administrativos não escolheriam a mesma profissão.

Nem todas as classes profissionais se sentem igualmente satisfeitas. Os médicos apresentam a média mais elevada na satisfação profissional, no pólo oposto estão os assistentes técnicos (Quadro 16).

Quando se faz a análise pelo género, verificamos que as mulheres sentem menos satisfação no trabalho e na profissão (Quadro 17).

Um dos elementos que pode servir de avaliação à satisfação com a profissão e ou à satisfação com o trabalho é a tendência para faltar ao serviço (absentismo). Quando vemos o gráfico composto, das faltas por doença e faltas ao serviço, verificamos que estão muito próximos, isto pode significar, que as faltas ao serviço em geral se devem a casos de doença.

Em média, os técnicos superiores são os que faltam mais vezes ao serviço, em contraponto com os assistentes operacionais que são os que faltam menos vezes (Gráfico 1).

Em média as mulheres faltam mais vezes ao serviço do que os homens, sendo certo que a mesma situação se verifica nas faltas por doença, onde a diferença é ainda maior (Quadro 20). Existe a tradição enraizada do apoio familiar estar mais atribuído à mulher, que falta para acompanhamento de familiares, motivando mais ausências ao serviço do que os

homens. Cabe referir que as mulheres faltam mais ao serviço e manifestam menos satisfação com o trabalho e com a profissão do que os homens. A falta de satisfação profissional pode induzir ao absentismo (Baker, 2002), mas não fica claro no nosso estudo qual a parte que lhe cabe na responsabilidade pelas faltas ao serviço neste grupo específico.

Nas faltas ao serviço, a diferença entre o limite inferior e o limite superior do intervalo de confiança de 95% da média é muito pequeno. Situação muito semelhante é a que se verifica nas faltas por doença (Quadro 21).

Os indivíduos começam por absentismo moderado, que se vai agravando até conduzir à separação e ruptura total com a organização (Baker 2002).

Os profissionais que apresentam mais satisfação com o trabalho são os técnicos superiores seguidos de perto pelos médicos, já no que se refere à satisfação com a profissão os valores mais elevados são apresentados pelos médicos. Mesmo sendo os que apresentam maior satisfação profissional, ainda ficam aquém do muito satisfeito (IC95%) (Quadro 16).

Ainda assim são resultados muito melhores que os encontrados num outro estudo de satisfação profissional, levado a cabo em 1995 na Sub-Região de Saúde de Lisboa. De uma amostra aleatória simples de médicos de família, registou-se um resultado global de numa escala de um (insatisfação) a cinco (satisfação), o que se deve considerar baixo em relação ao nível desejável para uma motivação suficiente, e que representa um equilíbrio na ponderação positiva e negativa dos vários factores (Martins et al, 2003).

Parece ser fácil de justificar o facto de os médicos serem a classe profissional que mais satisfação sente em relação à profissão. Esta é muito valorizada em termos sociais e remuneratórios e é concordante com a não vontade de mudança.

Os técnicos superiores são os mais satisfeitos com o trabalho. A autonomia, factor onde também apresentam valores elevados, é o elemento que pode conduzir a essa valorização. São seguidos de perto pelos médicos.

No pólo oposto em termos de satisfação com o trabalho estão os assistentes técnicos. São resultados coincidentes. Revelam vontade de mudança e são os menos satisfeitos com o trabalho e com a profissão (Quadro 16).



Os valores são significativos, sendo o erro e o desvio muito pequenos (o erro é em todas as situações  $<0.20$ ). A diferença entre o limite inferior e o limite superior do intervalo de confiança de 95% da média é muito pequeno (Quadro 19). O valor total da média para a satisfação no trabalho é ( $\bar{X}=3.43$ ).

É oportuno referir que todas as classes profissionais rejeitam a ideia que trabalhar seja uma obrigação.

As mulheres desejam menos a mudança e sentem menos satisfação no trabalho e na profissão. Talvez o facto de estarem mais “agarradas” à família as leve a não desejarem a mudança, mesmo estando menos satisfeitas com o trabalho e com a profissão (Quadro 17). A profissão por vezes não permite assistir a família, o que pode levar à insatisfação.

Num estudo de satisfação profissional, levado a cabo em 1995 na Sub-Região de Saúde de Lisboa, as mulheres referiram menor satisfação do que os homens nas áreas médico-doente e conhecimentos técnico-científicos (Martins et al, 2003).

As diferenças de género colocaram as mulheres com mais problemas de stress em vários factores avaliados (cometer erros e lidar com os insucessos e problemas profissionais, excesso de trabalho e envolvimento profissional, falta de reconhecimento e poder e as acções de formação e relatórios técnicos) e com mais dificuldades de saúde física que os seus pares (Gomes et al, 2008).

Estes resultados são significativos, pois quando cruzamos os dados do género com a satisfação na profissão e no trabalho verificamos que o erro e o desvio são muito pequenos, ficando uma distância pequena entre o limite superior e o limite inferior do intervalo de 95% de confiança da média (Quadro 18).

Quando passamos à regressão linear das variáveis envolvidas na satisfação no trabalho, verificamos que os resíduos não aumentam ou diminuem com os valores da variável em torno do zero, logo a variância constante dos resíduos não é alterada. Uma análise destes resultados mostra que os valores da tolerância são superiores a 0.1 e os de VIF muito inferiores a 10. Atendendo à dimensão da amostra o valor de Durbin-Watson (1.96), podemos concluir que a variância é nula.

A dimensão autonomia é a que mais contribui mais para a satisfação no trabalho dos médicos, conforme Quadro 25.

A dimensão relações sociais e organização é a que mais contribui de forma negativa para a satisfação no trabalho dos enfermeiros. As perguntas que originaram este factor estavam colocadas pela negativa (Quadro 26).

A dimensão autonomia é a que mais contribui mais para a satisfação no trabalho dos técnicos superiores, conforme Quadro 27. Situação semelhante verifica-se com a classe médica.

Quando passamos às variáveis envolvidas na satisfação profissional, verificamos que os resíduos não aumentam ou diminuem com os valores da variável em torno do zero, logo a variância constante dos resíduos não é alterada. Uma análise destes resultados mostra que os valores da tolerância são superiores a 0.1 e os de VIF muito inferiores a 10. Atendendo à dimensão da amostra e ao valor de Durbin-Watson, podemos concluir que a variância é nula.

A dimensão autonomia é a que contribui mais para a satisfação na profissão dos médicos, dos enfermeiro e dos assistentes técnicos conforme Quadro30, Quadro 31 e Quadro 33.

Todas estas classes profissionais valorizam a autonomia como um factor de satisfação profissional. Cada vez mais aumentamos o nosso nível de conhecimento técnico e científico, sendo portanto natural sentir que somos capazes de autonomamente desenvolver a nossa profissão por muito exigente que ela seja.

A satisfação no trabalho pode ser definida como o resultado da avaliação (periódica) que cada um de nós faz. Numa definição simples, diríamos que é uma pessoa perceber ou sentir aquilo que recebe (por ex., autonomia no trabalho) (Graça, 1999).

Quando os enfermeiros são avaliados, destacam-se como factores determinantes para a satisfação a autonomia (Andrade 2001).

Ao cruzarmos a variável mudança, com a satisfação no trabalho e na profissão, podemos verificar que, o que leva os médicos a não querer mudar é a satisfação com o trabalho. Situação semelhante acontece com os enfermeiros em que a não vontade de mudança é influenciada pela satisfação no trabalho. Estes resultados estão expressos no Quadro 35 e Quadro 36.

Os médicos são a classe profissional que apresenta níveis de satisfação mais elevados tanto no trabalho como na profissão, sendo de todas as classes a que apresenta mais

satisfação com a profissão . Como profissão de grande valorização e impacto social que é, são os que apresentam menor vontade de mudança (Quadro 16) (Quadro 40 e Gráfico 3).

Os principais factores de descontentamento dos Médicos de Família são, falta de autonomia e sistema retributivo injusto, tendo sido identificado outro factor adicional de descontentamento, ou seja a inexistência de trabalho em equipa (Hespanhol, 2000).

Os enfermeiros apresentam menos satisfação com o trabalho e com a profissão que os médicos, valores abaixo da média total na variável satisfação com o trabalho e ligeiramente acima da média na variável satisfação profissional. Não apresentam tendência para a mudança e gostam da autonomia, onde apenas são superados pelos técnicos superiores. Dão muita importância ao desenvolvimento pessoal e futuro e o ambiente de trabalho. São de todos os que se consideram pior remunerados (Quadro 40 e Gráfico 3).

Os técnicos superiores, são os que têm mais satisfação com o trabalho, mas baixam muito os valores em relação à satisfação profissional, ficando abaixo dos valores médios totais. Apresentam o valor mais elevado no absentismo (Quadro 40 e Gráfico 3).

Os assistentes técnicos têm a mais baixa satisfação com o trabalho e com a profissão, e são os que apresentam maior vontade de mudança. Estes resultados são coincidentes. Quem não se sente satisfeito tem tendência a desenvolver os mecanismos necessários para a mudança de profissão, de actividade ou de local de trabalho (Quadro 40 e Gráfico 3).

Peres (2007), no seu trabalho “Preditores do turnover voluntário no comércio a retalho em centros comerciais”, refere que a decisão de sair voluntariamente de uma loja de centro comercial está associada à percepção da facilidade de encontrar um novo emprego, à obtenção de ganhos salariais e melhores oportunidades de desenvolvimento profissional com a mudança e ao baixo potencial motivador do trabalho exercido.

Os assistentes operacionais são o grupo profissional com formação académica mais baixa nos cuidados de saúde primários. Talvez pelo facto de ser um grupo profissional com menos autonomia de serviço, valorizam muito a liderança e o grupo, não considerando boas as condições do ambiente de trabalho e desenvolvimento futuro. Apresentam valores médios na satisfação com o trabalho e com a profissão (Quadro 40 e Gráfico 3).

A remuneração é o factor com média mais baixa em todas as classes profissionais (média geral  $\bar{X}=2.02$ ), sendo ainda assim os médicos e os técnicos superiores que apresentam a média mais elevada.

Os homens apresentam mais satisfação com o trabalho e com a profissão, valorizam mais a remuneração, o desenvolvimento futuro e o grupo. Apresentam valores mais baixos no absentismo. Quem se sente mais satisfeito é natural que tenha menos tendência para faltar (Quadro 42 e Gráfico 3).

As mulheres apresentam valores de satisfação mais baixos, valorizam mais a mudança, a liderança e a autonomia. Apresentam valores mais elevados no absentismo. Quem sente menos satisfação, tem mais vontade de mudança e mais tendência para faltar ao serviço (Quadro 42 e Gráfico 3).

## **5.2 Propostas de melhoria para o ACES Baixo Vouga II**

O objectivo de qualquer organização é sempre o de prestar melhores serviços em quantidade e qualidade, tendo presente a satisfação do destinatário.

Por vezes estas situações são descuradas quando os “clientes” são sempre em número elevado e não são tentados pela concorrência. Ultimamente, têm-se feito grandes investimentos, quer técnicos, quer humanos, para contrariar esta tendência.

Os investimentos começam a surtir os seus efeitos e hoje temos serviços públicos mais responsáveis, mais humanos e de melhor qualidade. Mas isto não pode servir para adormecimentos. As metas a atingir têm que ser as da excelência e para isso temos que apostar na melhoria continua.

Um dos grandes responsáveis pela boa qualidade dos serviços prestado são os recursos humanos. Sem eles nada funciona. Um bom indicador que hoje nenhum serviço de gestão de recursos humanos dispensa é a satisfação dos colaboradores. Mas este indicador só tem um peso específico elevado, se forem objectivadas as razões que levam a que os colaboradores não atinjam a satisfação máxima.

Ninguém tem dúvidas, que o rendimento profissional cresce na mesma medida que cresce a satisfação, enquanto o absentismo cresce na razão inversa, aumentando quando a satisfação diminuiu.

Os colaboradores do ACES Baixo Vouga II que apresentam maior satisfação são os médicos e mesmo estes ficam muito aquém dos valores máximos. Tavares (2008) chegou a uma conclusão semelhante, referindo que, os médicos são aqueles que se mostram mais satisfeitos.

Pela avaliação que fizemos, podemos observar que existem importantes melhorias que podem ser implementadas, nomeadamente:

-Remuneração - Foi uma das dimensões que ficou muito aquém na avaliação, com valores médios muito baixos. Não depende da vontade da gestão alterar esta situação, pelo que ficamos apenas pela constatação do facto.

Podemos apenas sugerir que se introduzam mudanças nas formas de reconhecimento e valorização dos trabalhadores e de seu trabalho, por meio de incentivos ou recompensas a ideias, esforços e trabalhos realizados. Recompensas semelhantes foram propostas por Martinez e Paraguay (2003).

-Desenvolvimento pessoal e futuro – Apresenta valores muito baixos. Pode-se investir na formação de equipas multidisciplinares de tomada de decisão, em que as opiniões de cada um sejam tidas em consideração, dar voz aos colaboradores na tomada das decisões estratégicas da organização, incentivar o aparecimento de ideias novas e criativas que possam melhorar o desempenho e proporcionar aos colaboradores oportunidades reais de promoção.

-Grupo e relações sociais dentro da organização - Também apresenta valores muito abaixo do que seria desejável. Aqui a intervenção pode passar por facultar a todos os colaboradores acções de formação na área das relações interpessoais; proporcionar (dentro das limitações próprias da organização) horários ajustados, que permitam compatibilizar o trabalho com a família e as relações sociais, sem perda para nenhuma das partes. Estas acções poderiam proporcionar melhor satisfação e por via indirecta melhor desempenho.

-Atmosfera e ambiente de trabalho - Aqui a melhoria pode incidir na resolução atempada de pequenos conflitos que provoquem situações de stress. Os assistentes operacionais atribuem um valor muito baixo a esta dimensão, seguidos de perto pelos assistentes técnicos. Como são trabalhadores com menor autonomia funcional, talvez fosse oportuno investir em regras orientadoras do desempenho profissional.

-Liderança e supervisão – A liderança é a base de sustentação de todo o trabalho de equipa. Esta foi uma dimensão bem aceite por todos os grupos profissionais. Aqui a melhoria pode passar por proporcionar às chefias de enquadramento condições de supervisão e de avaliação de desempenho adequadas a cada local de trabalho.

-Autonomia e realização de trabalho – Por vezes, o desenvolvimento de tarefas repetitivas e sem autonomia conduz a situações pouco atractivas e algum desconforto. Os assistentes técnicos e os assistentes operacionais atribuíram a esta dimensão valores baixos. Estes grupos profissionais desempenham à partida actividades mais repetitivas. Proporcionando-lhe oportunidades de organizarem o próprio trabalho e de o desempenharem com autonomia pode ser uma mais valia. Acções de formação na área do planeamento e organização do serviço podem ajudar a melhorar.

A implementação destas medidas, simples e pouco onerosas, pode ser a alavanca necessária para reduzir a vontade de mudança que em algumas classes profissionais apresenta valores não desejáveis, reduzir o absentismo, que é causador de muitos custos profissionais, financeiros e sociais para a organização.

### **5.3 Limitações e sugestões para trabalho futuro**

Levar a cabo este trabalho foi uma tarefa árdua, mas sempre na perspectiva da utilidade do mesmo e no sentido de uma investigação científica com método e capacidade técnica objectiva, capaz de conduzir a resultados úteis em termos práticos.

Ao realizar uma revisão bibliográfica sobre o estado da arte acerca do tema satisfação no trabalho e na profissão, dimensões envolvidas e possíveis consequências daí resultantes, percebemos que as dificuldades eram grandes. Os trabalhos existentes insistem mais na satisfação e questionários de avaliação, sem a preocupação de associação às possíveis consequências daí resultantes.

A aplicação de critérios de avaliação da satisfação profissional, sendo depois uma ferramenta de recursos humanos no sentido da melhoria contínua também não tem sido devidamente explorada.

A avaliação do grau de satisfação dos colaboradores das instituições pode servir como parte importante para a introdução de alterações e melhorias contínuas, sendo uma medida muito usada na gestão dos recursos humanos. Não existe departamento de

recursos humanos que conheça bem os colaboradores, se não tiver informação da sua satisfação e motivação e da maneira como eles sentem o reconhecimento do seu trabalho.

Depois deste trabalho sobre a satisfação dos profissionais de saúde, podemos afirmar com algum rigor, que a satisfação, pode ser afectada pelos valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais.

É coincidente com a maior parte dos estudos, que os médicos se sentem mais satisfeitos e valorizados que os outros profissionais da saúde.

Nos trabalhadores dos cuidados de saúde é importante o estabelecimento de relações de proximidade. Esta proximidade pode favorecer a satisfação profissional.

Devem fazer-se intervenções no sentido de aumentar o nível da satisfação no trabalho destes profissionais de saúde, para obtenção de ganhos que possam ser partilhados por todos.

Quando o indivíduo é considerado como um mero trabalhador, sem se prestar atenção à satisfação com o trabalho, a produção é sempre igual. Não há a vontade de ajudar no crescimento e desenvolvimento da organização e nem a perspectiva do seu próprio crescimento.

As reclamações são muitas vezes consideradas ofensivas para os profissionais de saúde, que se sentem isolados e sem apoio por parte das hierarquias quando têm de as enfrentar. É salientada a importância das chefias intermédias na gestão dos Centros de Saúde e na motivação dos seus profissionais, sobretudo através do reconhecimento do seu trabalho e do diálogo (Santos et al, 2007).

A satisfação não é uma fórmula mágica, que nos permita prever como os profissionais são influenciados, até porque todos são influenciados de maneira diferente e têm expectativas diversas.

O que fica claro, é que os profissionais mais satisfeitos sentem mais ligação à organização e ao posto de trabalho, estando menos propensos para faltar, sentindo vontade de permanecer.

Atendendo a que existem poucos trabalhos nesta área da satisfação, que envolvam todos grupos profissionais que trabalham nos cuidados de saúde primários, pensamos que seria útil a realização de trabalhos semelhantes noutros agrupamentos de Centros de Saúde.

Estes trabalhos permitiam um termo de comparação com realidades distintas, servindo para a adoção de medidas capazes de conduzir a ganhos nos cuidados de saúde primários.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCOBIA, P. – Atitudes e satisfação no trabalho. In FERREIRA, C.; NEVES, J.; CAETANO, A., coord. *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill, 2002. p. 281-306.
- ALLEN, J. [et al.] – *A definição europeia de Medicina geral e familiar: clínica geral / Medicina familiar*. Barcelona: Wonca Europa, 2002.
- ANDRADE, L. M. – A satisfação profissional nos enfermeiros de pediatria [Em linha]. Porto: Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2001. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Ciências de Enfermagem – Pediatria. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:[http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10058/3/3566\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10058/3/3566_TM_01_P.pdf)>.
- ARAB, M. [et al.] – Job satisfaction on primary health care providers in the rural settings [Em linha]. *Iranian J. Publ. Health*. 36:3 (2007) 64-70. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://diglib.tums.ac.ir/PUB/magmng/pdf/3818.pdf>>.
- ARAÚJO, U. P. [et al.] – Expectativas e estratégias de acção em relação à inserção profissional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. São Paulo. 9:2 (2008) 81-96.
- Avaliação do desempenho hospitalar estimula melhoria dos resultados* [Em linha]. [Consult. 22 Set. 2009]. Disponível na WWW:<URL:[http://www.hppsaude.pt/MiguelBoquinhas\\_avalicaodesempenho.html](http://www.hppsaude.pt/MiguelBoquinhas_avalicaodesempenho.html)>.
- BAKER, W. K.; COLLEGE, R. – Antecedents and consequences of job satisfaction: testing a comprehensive model using integrated methodology [Em linha]. *Journal of Applied Business Research*. 20:3.(2002) [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.cluteinstitute-onlinejournals.com/PDFs/2004156.pdf>>.
- BRANCO, A. G.; RAMOS, V. – Cuidados de saúde primários em Portugal [Em linha]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2 (2001). [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>>.
- CAMPBELL, P. B. [et al.] – *Job satisfaction-antecedents and associations*. Columbus: National Center for Research of Vocational Education, 1982.
- CAMPOS, C. – As Quatro ordens profissionais da saúde. [em linha] (2006) – {Consult. 12 Set. 2010} . disponível na WWW:<URL: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/diasaude+ordens.htm>>.
- COSTA, F. A. [et al.] – Um olhar sobre a satisfação com o trabalho...estudo de caso [Em linha]. VI Congresso Português de Sociologia, 25 a 28 de Julho, na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/398.pdf>>.
- DEL CURA, M. L.; RODRIGUES, A. R. – Satisfação profissional do enfermeiro [Em linha]. *Revista latino-americana de enfermagem*. Ribeirão-Preto. 7:4 (1999). [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000400004)>.
- Durbin-Watson Significance Tables, Appendix A* [Em linha]. [Consult. 10 Jun. 2010] Disponível na WWW:URL:[http://www.nd.edu/~wevans1/econ30331/Durbin\\_Watson\\_tables.pdf](http://www.nd.edu/~wevans1/econ30331/Durbin_Watson_tables.pdf)>.
- ESPIRIDÃO, M. A. – Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais [Em linha]. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 22:6 (2006) 1267-1276. [Consult. 1 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/16.pdf>>.
- ESTEFANO, E. V. – *Satisfação dos recursos humanos no trabalho: um estudo de caso na Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina*. Florianópolis, 1996. Dissertação apresentada como um dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Engenharia, Curso de

Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina.

- FEUERWERKER, L. C. – Educação dos profissionais de saúde hoje. *Revista da Abeno*. Brasil, 2003.
- FREITAS, C. M. – Estudo da motivação e da liderança na indústria hoteleira da Região Autónoma da Madeira [Em linha]. Funchal: Universidade da Madeira, 2006. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Gestão Estratégica e Desenvolvimento do Turismo. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www3.uma.pt/Unidades/DGE/index\_ficheiros/docsMestrado/Teses/Tese-Carmen\_Freitas.pdf>.
- FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO – A prevenção do absentismo no trabalho: sinopse da investigação [Em linha]. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1997/15/pt/1/ef9715pt.pdf>.
- GARCIA-GONI, M.; MAROTO, A.; RUBALCABA, L. – Innovation and motivation in public health professionals. *Health Policy*. 84:2-3 (2007) 344-358.
- GHOSH, B. – Health workforce development planning in the Sultanate of Oman: a case study [Em linha]. *Human Resources for Health*. 7:47 (2009). [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.human-resources-health.com/content/7/1/47>.
- GIGANTESCO, A. [et al.] – Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy. *Community Ment. Health J*. 39:4 (Ago. 2003) 349-355.
- GOMES, A. R. [et al.] – *Stresse, “burnout”, saúde física, satisfação e realização em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar*. Braga: Universidade do Minho, 2008.
- GRAÇA, L. – A satisfação profissional dos médicos de família no SNS: Parte III [Em linha]. *Textos sobre saúde e trabalho*. (1999). [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos36.html>.
- Absentismo global e específico: alguns problemas teórico-metodológicos [Em linha]. *Textos sobre saúde e trabalho*. (2002). [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos154.html>.
- Qualidade e condições de trabalho [Em linha]. *Textos sobre saúde e trabalho*. (1999). [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos6.html>.
- O processo de adoecer, faltar e voltar ao trabalho [Em linha]. *Textos sobre saúde e trabalho*. (1999). [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos11.html>.
- GRAÇA, L.; SÁ, E. – Avaliação da satisfação profissional do pessoal dos centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Beja: resultados preliminares [Em linha]. *Textos sobre saúde e trabalho*. (1999). [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos140.html>.
- GUIMARÃES, R. C.; CABRAL, J. A. S. – *Estatística* 2ª edição. Lisboa: Mc Graw Hill, 2007
- HAIR, J. F. J. [et al.] – *Multivariate data analysis: with readings*. 4.º ed. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1995.
- HENDERSON, L. N.; TULLOCH, J. – Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries [Em linha]. *Human Resources for Health*. 6:18 (2008). [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.human-resources-health.com/content/6/1/18>.
- HERZBERG, F. – One more time: How do you motivate employees?. In GINI, A. R.; SULLIVAN T. J. (eds.). *It comes with the territory: An inquiry concerning work and the person*. New York: Random House Editors, 1989, p. 230-237.
- HESPAÑHOL, A. A. – Satisfação dos profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Revista portuguesa de Clínica Geral*. 24 (2008) 665-670.

- HESPAÑOL, A. P. [et al.] – Insatisfação profissional em medicina geral e familiar: um problema intrínseco dos médicos ou das condições de trabalho. *Revista o Médico de Família*. (2000) 189-196.
- HIPÓLITO, F. [et al.] – Quem aderiu ao regime remuneratório experimental e porquê? [Em linha]. *Revista portuguesa de clínica geral*. 18 (2002) 89-96. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080304163310765381.pdf>>.
- HOWELL, D. C. – *Statistical Methods for the Behavioral Sciences*. Tradução e adaptação de Tomás da Silva [Em linha]. [Consult. 12 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<https://woc.uc.pt/Regressão+Múltipla©+2004-2005+Tradução+e+adaptação,+Tomás+da+Silva>>.
- HPP Saúde [Em linha]. [Consult. 1 Out. 2009]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.hppsauade.pt/>>.
- <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/AProfissao.aspx> [Consult. 10 de Set. 2010].
- <http://directoaquestao.blogs.sapo.pt/15798.html> [Cnsult. 12 Set. 20010]
- INOUE, K. C. [et al.] – Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva [Em linha]. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 61:2 (2008). [Consult. 1 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000200010&script=sci_arttext)>.
- Inquérito: avaliação da satisfação dos colaboradores* [Em linha]. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível na WWW:<URL:<http://sgq.ipvc.pt/inquerito/>>.
- JERNIGAN, I. E.; BEGGS, J. M.; KOHUT, G. F. – Dimensions of work satisfaction as predictors of commitment type [Em linha]. *Journal of Managerial Psychology*. 17:7 (2002) 564-579. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=881521&show=html>>.
- JONES, M. L.; KRIFLIK, G.; ZANKO, M. – Understanding worker motivation in the australian film industry [Em linha]. University of Wollongong. (2005). [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1088&context=commpapers>>.
- MANONGI, R. N.; MARCHANT, T. C.; BYGBJERG, I. C. – Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective [Em linha]. *Human Resources for Health*. 4:6 (2006). [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/6>>.
- MARQUES, A. T. – *Factores de (in)satisfação docente na escola de hoje: um estudo com professores do 1.º ciclo* [Em linha]. Porto: Universidade Portucalense, 2007. Dissertação de Mestrado em Administração e Planificação da Educação na Universidade Portucalense Infante D. Henrique. [Consult. 1 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://repositorio.uportu.pt/dspace/bitstream/123456789/22/1/TME%20331.pdf>>.
- MARTINEZ, M. A.; PARAGUAY, A. I. – Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. psicol. soc. trab.* 6 (2003) 59-78.
- MARTINS, J. [et al.] – Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal, parte I: quantos somos e quem somos [Em linha]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19 (2003) 513-517. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080304144946703990.pdf>>.
- Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal, parte II: como estamos, onde estamos e como nos sentimos [Em linha]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19 (2003) 627-635. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080304152310546969.pdf>>.
- MATOS, M. A.; - Manual Operacional para a Regressão Linear [Em linha]. Porto: FEUP (1995). [Consult. 4 Agosto 2010]. Disponível na WWW:<URL: <http://paginas.fe.up.pt/~mam/regressao.pdf>>.
- MCMURRAY, J. E. [et al.] – Physician job satisfaction: developing a model using qualitative data. *J. Gen. Intern. Med.* 12:11 (Nov. 1997) 711-714. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764023>>.

- MELIÀ, J. L.; PEIRÓ, J. M. – Cuestionario de satisfacción laboral S10/12 [Em linha]. 1998. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:[http://www.uv.es/meliajl/Research/Cuest\\_Satisf/S10\\_12.PDF](http://www.uv.es/meliajl/Research/Cuest_Satisf/S10_12.PDF)>.
- MELO, B. T.; GOMES, A. R.; CRUZ, J. F. – Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino [Em linha]. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*. Braga: Universidade do Minho. 2 (1997) 53-72. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5350/1/Melo,Gomes&Cruz-SO-Revista-UM.pdf>>.
- MIRANDA, J, A. – Satisfação profissional e qualidade dos serviços. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 16:3 (2000) 179-181.
- MULTIPLE REGRESSION - PPA 696 RESEARCH METHODS [Em linha]. [Consult. 12 Set. 2010]. Disponível na WWW:URL:<http://www.csulb.edu/~msaintg/ppa696/696regmx.htm>.
- NORUSIS, M. J. – *SPSS professional statistics, version 6.1 (SPSS for Windows 6.1)*. [s.l.]: Prentice Hall, 1994.
- NUNALLY, J.; BERNSTEIN, I. H. – *Psychometric theory*. 2.<sup>a</sup> ed. New York [etc.]: McGraw-Hill, 1978.
- OGRESTA, J.; RUSAC, S.; ZOREC, L. – Relation Between Burnout Syndrome and Job Satisfaction Among Mental Health Workers. *Public Health*. 49 (2008) 364-374.Croatia
- OLIVEIRA, T. F. – Rotatividade de pessoal – turnover [Em linha]. 2006 [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/rotatividade-de-pessoal-turnover/12932/>>.
- OLIVEIRA, M.; QUEIRÓS, C. – Burnout e Estado Emocional em Médicos [Em linha]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2009. [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.labrp.com/docs/PosterOliveira2009Burnout.pdf>>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS [Em linha]. [Consult. 14 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>>
- PAULO, L. [Em linha]. [Consult. 12 Set. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://pauloladeira.com/gestaodeprojetos/turnover-vale-a-pena/>>.
- PEDRO, N.; PEIXOTO, F. – Satisfação profissional e auto-estima em professores dos 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico [Em linha]. *Análise Psicológica*. 2:24 (2006) 247-262. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n2/v24n2a10.pdf>>.
- PEDROSO, B. – Desenvolvimento do TQWL-42: Um Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho. (2010) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná - Ponta Grossas
- PEREIRA, M. C.; FÁVERO, N. – A motivação no trabalho da equipe de enfermagem [Em linha]. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 9:4 (2001) 7-12. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11476.pdf>>.
- PEREIRA, L. A. – *Proposta de uma equação de regressão para estimar a frequência cardíaca máxima em indoor cycling* [Em linha]. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2006. Monografia realizada no âmbito da disciplina de seminário do 5.º ano da licenciatura em Desporto e Educação Física, na área de Recreação e Lazer. [Consult. 1 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20497/2/Proposta%20de%20uma%20equação%20de%20regressão%20para%20estimar%20a%20frequência%20cardíaca%20máxima%20em%20indoor%20cycling.pdf>>.
- PERES, M. P. – *Preditores do turnover voluntário no comércio a retalho em centros comerciais: estudo de caso*. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão, 2007.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – *Análise de dados para Ciências Sociais: complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 1989.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – *Análise de dados para Ciências Sociais: complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

- PISCO, L.; BISCAIA, J. L. – Qualidade de cuidados de saúde primários [Em linha]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2 (2001). [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-04-2001.pdf>>.
- PORTUGAL. ISCTE. Centro de investigação e estudos de sociologia [Em linha]. [Consult. 1 Out. 2009]. Disponível na WWW:<URL:[http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP58Pereira\\_003.pdf](http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP58Pereira_003.pdf)>.
- PORTUGAL. Leis, Decretos, etc. – Decreto-lei n.º 28. *Diário da República*. 1.ª série. Lisboa. 38 (22 Fev. 2008).
- Decreto-lei n.º 88. *Diário da República*. 1.ª série. Lisboa. 107 (3 Jun. 2005).
- Decreto-lei n.º 117. *Diário da República*. 1.ª série. Lisboa. 103 (5 Mai. 1998).
- Decreto-lei n.º 298. *Diário da República*. 1.ª série. Lisboa. 161 (22 Ago. 2007).
- Despacho n.º 24101. *Diário da República*. 2.ª série. Lisboa. 203 (2007).
- Lei n.º 48. *Diário da República*. 1.ª série. Lisboa. 195 (24 Ago. 1990).
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Missão para os cuidados de saúde primários – Avaliação da satisfação dos profissionais [Em linha]. [Consult. 22 Set. 2009]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?id=1012>>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde [Em linha]. [Consult. 10 de Junho 2010]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.min-saude.pt/portal/>>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde – História do Serviço Nacional de Saúde [Em linha]. [Consult. 10 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>>.
- PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde – Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas [Em linha]. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2008. [Consult. 10 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:[http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp\\_2008.pdf](http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2008.pdf)>.
- QIAN, F.; LIM, M. K. – Professional satisfaction among Singapore physicians. *Health Policy*. 85:3 (2008) 363-371.
- QUEIRÓS, J. P. – Trinta e oito excertos à proura de essência[Em linha]. Revista de investigação Sinais Vitais. Investigação em enfermagem n. 17 (2008). [Consult. 10 Set. 2010]. Disponível na WWW:URL:[http://www.sinaisvitais.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=349&Itemid=80](http://www.sinaisvitais.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=349&Itemid=80).
- REIS, T. – Quando Chega o Enfermeiro de Família [Em linha]. *Jornal Médico de Família*. (2009). [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:[http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=869&Itemid=27](http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=869&Itemid=27)>.
- SAANE, N. van [et al.] – Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction: a systematic review. *Occupational medicine*. 53:3 (2003) 191-200.
- SAKELLARIDES, C. – Direcção estratégica e gestão de expectativas no sistema de saúde português: o papel de um observatório para os sistemas de saúde [Em linha]. *Revista portuguesa de saúde pública*. 18:1 (2000). [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-04-2000.pdf>>.
- SANTOS, I. O. – *A satisfação profissional dos higienistas orais no exercício da profissão* [Em linha]. Universidade Aberta, 2008. Tese de mestrado em comunicação em saúde. [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:<http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/734/1/LC408.pdf>>.

- SANTOS, O. [et al.] – Os Centros de Saúde em Portugal: Determinantes da Satisfação com o funcionamento actual & prioridades de reforma: uma abordagem qualitativa [Em linha]. Lisboa: Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, 2007. [Consult. 1 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Centros\_Saude\_Estudo.pdf>.
- SAVIC, B. S.; PAGON, M. – Individual involvement in health care organizations: differences between professional groups, leaders and employees. *Stress and Health*. John Wiley & Sons. 24:1 (2007) 71-84.
- SHAH, M. A. – Correlates of job satisfaction among health care professionals in Kuwait. *Medical principles and practice*. 10 (2001) 156-162.
- SILVA, B. R. – Para uma análise da satisfação com o trabalho [Em linha]. *Sociologia - Problemas e práticas*. 26 (1998). [Consult. 3 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/807/1/1.pdf>.
- SILVA, F. J.; RAMOS, R. E.; CAMPOS, A. C. – Gestão de pessoas e performance organizacional: uma investigação sobre os fatores direcionadores de satisfação e fidelidade de empregados [Em linha]. XXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Ouro Preto, Brasil, 21 a 24 de Outubro de 2003. [Consult. 3 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003\_TR0201\_0724.pdf>.
- SILVA, T. - *Regressão Múltipla – Tradução e adaptação de Statistical Methods for the Behavioral Sciences*, 3rd edition (David C. Howell), disponível em – Regressão Múltipla. (2004). {Consult. 12 Set. 2010}. Disponível na WWW:<URL:https://woc.uc.pt/Regressão+Múltipla©+2004-2005+Tradução+e+adaptação,+Tomás+da+Silva>.
- STANTON, J. M. [et al.] – Galton, pearson, and the peas: a brief history of linear regression for statistics instructors [Em linha]. *Journal of Statistics Education*. 9:3 (2001). [Consult. 3 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.amstat.org/publications/jse/v9n3/stanton.html>.
- TAVARES, O. C. – *Avaliação da satisfação de profissionais de saúde no serviço de imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra: aplicação do instrumento de avaliação de satisfação profissional* [Em linha]. Coimbra, 2008. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/9700/1/Avaliação%20da%20Satisfação%20de%20Profissionais%20de%20Saúde.pdf>.
- THOMPSON, M. E.; HARVER, A.; EURE, M. – A model for integrating strategic planning and competence-based curriculum design in establishing a public health programme: the UNC Charlotte experience [Em linha]. *Human Resources for Health*. 7:71 (2009). [Consult. 30 Jun. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.human-resources-health.com/content/7/1/71>.
- TYLCZAK, L. – *Combater o absentismo: soluções positivas para um velho problema*. Trad. de Manuel Ferreira. Lisboa: Monitor, 1993.
- TUMMERS, G. [et al.] – A comparative study of work characteristics and reactions between general and mental health nurses: a multi-sample analysis. *J. Adv. Nurs*. 36:1 (2001) 151-162.
- VALLE, A. R. – *Monitoramento da satisfação no trabalho em uma empresa financeira*. (2007) – Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia - Brasília
- WRIGHT, B. E.; DAVIS, B. S. – Job satisfaction in the public sector. *The American Review of Public Administration*. 33:1 (2003) 70-90.U.S.A.
- ZYDZIUNAITE, V. – Relationship between professional expectations of University Graduates and their motivation to emigrate [Em linha]. [Consult. 1 Jul. 2010]. Disponível na WWW:<URL:http://www.tissa.net/archive/2007/plenum07/Zydziunaite\_P.pdf>

## **ANEXO**

## **ANEXO – Questionário como foi apresentado aos colaboradores**

### **Avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais de ACES Baixo Vouga II**

Com este questionário pretende-se conhecer o nível de satisfação com o trabalho dos profissionais dos centros de saúde do ACES Baixo Vouga II. Os resultados ficarão disponíveis no seu Centro de Saúde para consulta. Para informação mais detalhada pode consultar o autor do trabalho, através do contacto fornecido na última página.

Utiliza-se uma escala de 1 a 5 em que:

1 = discordo muito

2 = discordo

3 = nem concordo nem discordo

4 = concordo

5 = concordo muito

Não há respostas certas ou erradas, apenas queremos saber a sua opinião.

O questionário é totalmente confidencial. Os dados serão tratados de forma agregada.

Para podermos terminar este trabalho, é muito importante que responda a todas as perguntas.

**Muito obrigado pela sua colaboração.**

**CONTACTO:** José Manuel Cerdeira - 966262910

(Técnico de Saúde Ambiental)

[josecerdeira@sapo.pt](mailto:josecerdeira@sapo.pt)

[tec.ambiental@csaveiro.min-saude.pt](mailto:tec.ambiental@csaveiro.min-saude.pt)



**P1. Por favor, assinale com uma cruz a situação que melhor traduz a sua percepção relativamente às afirmações que se seguem, de acordo com a escala apresentada. Todas se referem à situação de trabalho no seu Centro de Saúde (CS).**

LEGENDA:		☹		☺		☺
1 = discordo muito, 2 = discordo, 3 = nem concordo nem discordo, 4 = concordo, 5 = concordo muito		1	2	3	4	5
1	Faço parte de uma equipa competente e empenhada	1	2	3	4	5
2	As situações de conflito que podem provocar riscos de stress no trabalho estão salvasguardas	1	2	3	4	5
3	Existe uma orientação clara sobre o funcionamento do serviço e da organização, nomeadamente a nível da execução dos processos de trabalho	1	2	3	4	5
4	No meu trabalho, não tenho muitas oportunidades de aplicar aquilo que aprendi durante a minha formação	1	2	3	4	5
5	Não sou incentivado a participar no desenvolvimento dos objectivos e políticas da organização	1	2	3	4	5
6	As mudanças no Centro de Saúde têm sido benéficas	1	2	3	4	5
7	As comissões, prémios e incentivos financeiros disponíveis não são adequados	1	2	3	4	5
8	Os meus colegas não avaliam correctamente o valor do meu desempenho	1	2	3	4	5
9	O meu superior hierárquico é um bom exemplo a seguir	1	2	3	4	5
10	O meu trabalho é emocionalmente desgastante	1	2	3	4	5
11	O meu superior hierárquico não me diz como posso melhorar o meu trabalho	1	2	3	4	5
12	As condições físicas, a limpeza e higiene do local trabalho são adequadas e garantem conforto e bem-estar	1	2	3	4	5
13	O Centro de Saude não oferece oportunidades de formação contínua	1	2	3	4	5
14	O facto de pertencer a um grupo de trabalho deixa-me mais confiante em relação ao meu futuro neste Centro de Saúde	1	2	3	4	5
15	Os rendimentos de que aufero neste Centro de Saúde não me permitem ter o nível de vida a que tenho direito	1	2	3	4	5
16	O meu superior hierárquico é competente	1	2	3	4	5
17	O ritmo de mudança no local onde desempenho da actividade profissional não é adequado	1	2	3	4	5
18	Os equipamentos disponíveis não são adequados ao trabalho, tarefas e actividades que desenvolvo	1	2	3	4	5

19	Dou um contributo importante para a realização da missão e dos objectivos atribuídos ao Centro de Saúde	1	2	3	4	5
20	A supervisão do meu trabalho é adequada e flexível (em termos de horários, licença de maternidade/paternidade, férias)	1	2	3	4	5
21	Para desempenhar o meu trabalho, preciso de diversas competências	1	2	3	4	5
22	A supervisão do meu trabalho é baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência	1	2	3	4	5
23	Tenho conhecimento prévio do horário laboral, reuniões de serviço, acções de formação e ordem de trabalhos	1	2	3	4	5
24	Participo nas decisões do grupo de trabalho relativas ao Centro de Saúde	1	2	3	4	5
25	A distância e os meios de transporte entre casa e local de trabalho são convenientes	1	2	3	4	5
26	Sinto orgulho pela boa imagem que este Centro de Saúde tem na comunidade	1	2	3	4	5
27	A relação com os colegas é de cooperação, companheirismo e inter-ajuda	1	2	3	4	5
28	Quando me atribuem uma tarefa certificam-se de que tenho condições para a levar a cabo	1	2	3	4	5
29	Trabalho de mais, para aquilo que recebo	1	2	3	4	5
30	As tarefas que desempenho são quase sempre as mesmas, dia após dia	1	2	3	4	5
31	Não conheço os objectivos, metas e indicadores de serviço que devem ser alcançados	1	2	3	4	5
32	O Centro de Saúde estimula e apoia a criatividade	1	2	3	4	5
33	Neste Centro de Saúde, as pessoas põem o desempenho individual acima de tudo	1	2	3	4	5
34	O sistema de turnos a que local de trabalho obriga não está bem adaptado	1	2	3	4	5
35	Não estou confiante em relação ao futuro da minha carreira profissional	1	2	3	4	5
36	Não existe uma relação de confiança com os utentes neste Centro de Saúde	1	2	3	4	5
37	O meu trabalho não é muito complicado	1	2	3	4	5
38	O Centro de Saúde faz a prevenção da toxicidade do posto de trabalho (riscos de natureza física, química e/ou biológica)	1	2	3	4	5
39	Trabalhar neste Centro de Saúde dá-me um certo prestígio, entre as pessoas das minhas relações	1	2	3	4	5

40	Tenho verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos, no meu local de trabalho	1	2	3	4	5
41	Estou bem pago(a), tendo em conta o meu nível de desempenho profissional	1	2	3	4	5
42	Sinto confiança em relação ao futuro do SNS	1	2	3	4	5
43	Tenho um trabalho interessante e variado	1	2	3	4	5
44	Estou à vontade para alterar o processo de trabalho, de forma a conseguir fazer o que me é pedido	1	2	3	4	5
45	Os recursos humanos e técnicos oferecidos pelo Centro de Saúde para realizar o trabalho são adequados	1	2	3	4	5
46	Dentro de limites compreensíveis, tenho margem para planear, organizar, executar e avaliar o meu trabalho	1	2	3	4	5
47	O meu desempenho é devidamente reconhecido	1	2	3	4	5
48	Os cargos que desempenho contribuem para a minha auto-estima	1	2	3	4	5
49	O facto de o utente poder escolher o profissional de saúde dá-me confiança no futuro	1	2	3	4	5
50	Posso contar com o apoio do meu superior, sobretudo nos momentos difíceis	1	2	3	4	5
51	Há um clima de incerteza relativamente ao futuro, no meu local de trabalho	1	2	3	4	5
52	Os rendimentos de que aufero neste Centro de Saúde acompanham a evolução temporal do poder de compra	1	2	3	4	5
53	As tarefas que executo não põem em risco a minha saúde e o meu bem estar	1	2	3	4	5
54	Não tenho uma ideia clara da forma como o meu trabalho se enquadra e interliga com aquilo que se faz no Centro de Saúde	1	2	3	4	5
55	Os colegas dizem-me o que pensam acerca da forma como desempenho o meu trabalho	1	2	3	4	5
56	Sinto que tenho futuro no emprego e estabilidade profissional devido ao facto de pertencer aos mapas de pessoal e de ter um vínculo laboral com a instituição	1	2	3	4	5
57	Sinto que estou bem pago(a), por comparação com outros funcionários públicos com qualificações e responsabilidades equivalentes	1	2	3	4	5
58	Todo o meu trabalho é feito sobre grande pressão, em termos de tempo	1	2	3	4	5
59	Não sinto que esteja a ser bem pago (a), por comparação com outros colegas do mesmo grupo profissional neste Centro de Saúde	1	2	3	4	5
60	Vale realmente a pena esforçar-me e dar o meu melhor neste Centro de Saúde	1	2	3	4	5

61	A relação com os utentes é de apreço e respeito	1	2	3	4	5
62	Participo em reuniões multidisciplinares de tomada de decisões que afectam o departamento	1	2	3	4	5
63	O utente não valoriza devidamente o meu esforço	1	2	3	4	5
64	A relação com outras classes profissionais não fomenta o espírito de equipa	1	2	3	4	5
65	Estou bem pago(a), tendo em conta as minhas qualificações/habilitações	1	2	3	4	5
66	O meu trabalho é fisicamente desgastante	1	2	3	4	5
67	O meu supervisor e/ou superior hierárquico reconhece devidamente o meu desempenho profissional	1	2	3	4	5
68	O trabalho que executo permite-me desenvolver os meus conhecimentos e as minhas competências profissionais	1	2	3	4	5
69	A forma como os colegas trabalham afecta de forma negativa o meu desempenho	1	2	3	4	5
70	Não sinto que seja tratado(a) com "igualdade" e "equidade"	1	2	3	4	5
71	O Centro de Saúde oferece oportunidades de promoção	1	2	3	4	5
72	A minha opinião é tida em conta na definição dos objectivos e políticas do Centro de Saúde	1	2	3	4	5

## 2. Informação demográfica

*Por favor, assinale com um X as opções que se aplicam ao seu caso*

### Profissão:

Médico \_\_\_\_ Enfermeiro \_\_\_\_ Técnico Superior \_\_\_\_ Assistente Técnico \_\_\_\_  
Assistente Operacional \_\_\_\_

**Género:** Homem \_\_\_\_ Mulher \_\_\_\_

### Situação laboral:

Mapa de pessoal do agrupamento ACES BAIXO VOUGA II \_\_\_\_

Contrato a termo, seis meses ou menos \_\_\_\_

Contrato a termo, mais de seis meses \_\_\_\_

### Antiguidade na carreira:

\_\_\_\_ anos

### Antiguidade no Centro de Saúde:

\_\_\_\_ anos

### Idade:

\_\_\_\_ anos

**Quantas vezes faltou ao serviço nos últimos 2 anos?** \_\_\_\_

**Quantas vezes faltou ao serviço por doença nos últimos 2 anos?** \_\_\_\_

**3. As afirmações que se seguem têm a ver com os seus sentimentos para com o seu trabalho neste Centro de Saúde e para com o trabalho em geral**

*Por favor, responda rodeando com um círculo, na escala respectiva, o número que melhor descreve as suas percepções.*

**3.1 Estou muito satisfeito com o tipo de trabalho que faço neste Centro de Saúde**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5  
discordo muito concordo muito

**3.2 Pelo menos por agora, a minha posição actual adequa-se bem às minhas necessidades**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5  
discordo muito concordo muito

**3.3 Não recomendaria o meu trabalho neste Centro de Saúde a um familiar ou amigo**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5  
discordo muito concordo muito

**3.4 Estou a pensar mudar de emprego**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5  
discordo muito concordo muito

**3.5 Se pudesse voltar atrás, mudava de profissão**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5  
discordo muito concordo muito

**3.6 Globalmente, como se sente com o seu trabalho no Centro de Saúde?**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5  
muito insatisfeito muito satisfeito

**3.7 Globalmente, como se sente enquanto profissional de Saúde?**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5  
muito insatisfeito muito satisfeito

**3.8 Para mim, qualquer trabalho é uma obrigação**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5  
discordo muito concordo muito

**Obrigado pela colaboração prestada!**